

EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 4,781

Fecha: 24/06/2021 Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) CC: 93134441 Nombre: PALMA LEAL TITO ANDRES Edad: 40 AÑOS 9
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR AREA DE EMPRENDIMIENTO Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SANITAS Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: ESPINAL Motivo Consulta: INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	CIRUGIA RECONSTRUCTIVAMDEL PISO DE LA ORBITA IZQUIERDA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA A SEGUIR

NO REFIERE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma: 
Nombre: VELANDIA RODRIGUEZ RICARDO
R. M.: 12105 L.S.O.:



PACIENTE

Firma: 
Nombre: PALMA LEAL TITO ANDRES
CC: 93134441



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 2402

Fecha: 24/06/2021 Ciudad: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
Tipo Examen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: SANITAS
CC: 93134441 Nombre: PALMA LEAL TITO ANDRES Edad: 40 AÑOS 9 M Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 07/09/1980 Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Ocupacion: INSTRUCTOR AREA DE EMPRENDIMIENTOS

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	ULTIMA AUDIOMETRIA HACE 3 AÑOS.
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

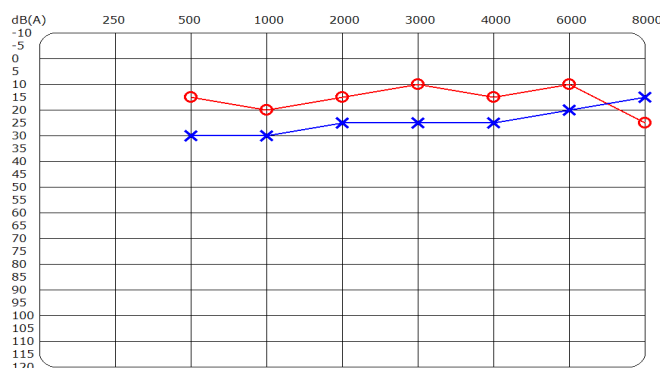
Descanso auditivo(Horas): Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA25 F. Última Calibración: 2020-10-03

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: LIBRE DE CERUMEN
Oído izquierdo: LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		15	20	15	10	15	10	25
VAOI		30	30	25	25	25	20	15



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Leve(25 - 40 dB) Oído izquierdo: Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA

Observaciones

OD: CAIDA LEVE FRECUENCIA 8000 HZ
OI: CAIDA LEVE FRECUENCIAS 500 A 4000 HZ
NO: MP3, MANOS LIBRES, MUSICA ALTO VOLUMEN
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:

Sandra Liliana Guzmán Rondón
FONOAUDIÓLOGA
U. IBEROAMERICANA
R SST 5775 - ASOFONO 14-03048

Nombre: GUZMAN RONDON SANDRA LILIANA

R. M.: 5775

L.S.O.:

Firma:

[Signature]

Nombre: PALMA LEAL TITO ANDRES

CC

93134441

Handwritten signature or mark.



Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel: (8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894
E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

Paciente : PALMA LEAL TITO ANDRES
Historia : 93134441
Identificación : 93134441
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : .31620645601
Remisión : 02713549

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción : 2021-06-24 08:59:05
Fecha Impresión : 2021-06-24 12:26:26.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
Hemograma Tipo III - Método Automático				
Recuento de Eritrocitos	5.68	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	16.6	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	49.06	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	86	um^3	80 -	100 fl
HB Corpuscular Media	29.2	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	33.8	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	14.1	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	183	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	10.4	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	39.8			
Plaquetocrito	0.19			
Recuento de Leucocitos	6.95	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	59.2	%		
% Linfocitos	34.8	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	6.0	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	4.11	x10^3mm^3		
# Linfocitos	2.42	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	0.42	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2021-06-24 / 10:09

Validado por:

GREY CECILIA OCHOA DURÁN
BACTERIOLOGA
1065631015

QUIMICA

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel: (8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894
E- mail: recepcion@bioanalysis.co - www.bioanalysis.co

Paciente : PALMA LEAL TITO ANDRES
Historia : 93134441
Identificación : 93134441
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : .31620645601
Remisión : 02713549

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2021-06-24 08:59:05
Fecha Impresión : 2021-06-24 12:26:26.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA
Triglicéridos
Triglicéridos

136

mg/dl

> 500 mg/dL MUY ALTO
200 - 499 mg/dL ALTO
150 - 199 mg/dL DUDOSO
Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica: Colorimétrica enzimática

Fecha / Hora Validado : 2021-06-24 / 11:02

Colesterol Total

Colesterol
RESULTADO

211.2

mg/dl

Optimo : Hasta 200 mg/dl
Moderado: 200 - 239 mg/dl
Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimétrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2021-06-24 / 11:02

Glucosa

-
Glucosa
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica: Colorimétrica

91.45

mg/dl

70 -

105 mg/dL

Fecha / Hora Validado : 2021-06-24 / 11:02

Validado por:

GREY CECILIA OCHOA DURÁN
BACTERIOLOGA
1065631015

UROANALISIS

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalysis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel: (8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894
E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

Paciente : PALMA LEAL TITO ANDRES
Historia : 93134441
Identificación : 93134441
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : .31620645601
Remisión : 02713549

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2021-06-24 08:59:05
Fecha Impresión : 2021-06-24 12:26:26.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

UROANALISIS

Uroanálisis [Citoquímico de Orina]

UROANALISIS

ANALISIS FISICO QUIMICO

Color	AMARILLO
Aspecto	TRANSPARENTE
PH	6.0
Densidad	1.015
Glucosa	NEGATIVO
Proteinas	NEGATIVO
Cetonas	NEGATIVO
Bilirrubinas	NEGATIVO
Urobilinogeno	NORMAL
Sangre (Hemoglobina)	NEGATIVO
Nitritos	NEGATIVO
Leucocitos	NEGATIVO

ANALISIS MICROSCOPICO

Células epiteliales	1-3	/campo
Leucocitos	0-2	/campo
Eritrocitos	NO SE OBSERVA	/campo
Bacterias	ESCASAS	

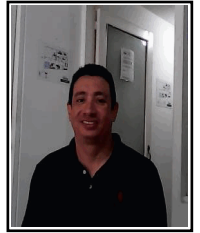
Fecha / Hora Validado : 2021-06-24 / 10:06

Validado por:

CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
944227695

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.139

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	06 MES	2021 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA				SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PALMA LEAL TITO ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS	CC	93134441
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos INSTRUCTOR AREA DE EMPRENDIMIENTO				Dependencia del Trabajador SENA REGIONAL TOLIMA - CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIOMETRÍA				✓ COLESTEROL TOTAL ✓			
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				✓ TRIGLICERIDOS ✓			
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR				✓ HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO ✓			
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL				✓ UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA ✓			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓ EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ ✓			
AUDIOMETRIA SOD				✓ ÉNFASIS CARDIOVASCULAR ✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR AL INGRESO EN BUENA CONDICION DE SALUD. NO SE ENCUENTRA RESTRICCION PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico  Firma: _____ Nombre: BARRIOS RENGIFO MIGUEL ANGEL R. M.: 7394497 L.S.O.: 970				Aspirante o Trabajador  Firma: _____ Nombre: PALMA LEAL TITO ANDRES CC: 93134441			
 Código de Seguridad T579Z1F8139							

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

CONCEPTO SOCIAL Y MENTAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN					TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL				
24	6	2021	IBAGUE		Ingreso	X	Egreso		Periódico
DD	MM	AAAA	CIUDAD						
Trabajo en Alturas			Porte de Armas		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)									
TITO		ANDRES		PALMA		LEAL		Doc. identificación	
								93.134.441	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		Tipo Número	
CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.									
EXAMEN AREA EMOCIONAL				SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO			APLAZADO
IDEACION SUICIDA				NO REPORTA	X	REPORTA			
ESTADO SOCIAL				SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO			APLAZADO
NIVEL DE ANSIEDAD				BAJO	X	MEDIA			ALTA
ACROFOBIA				BAJA	X	MEDIA			ALTA
Observación			NINGUNA						
CONCEPTO PSICOLOGICO				APTO Cumple con todos los criterios	X	APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.			NO APTO Alto riesgo.

Edna L. Parra H.

VALORACION VOZ

1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 24-6-21 Empresa: Sena Ocupación: Inspector Antigüedad:
Nombre: TITO Andres Palma Leal CC No: 93134441
Sexo: F ☐ M ☒ Edad: 40A Tel: Tiempo en el Oficio: 6A

2. MOTIVO DE CONSULTA

Ingreso.

3. ANTECEDENTES

A. MEDICO/QUIRURGICOS

ENDOCRINOS Si ☐ No ☒
RESPIRATORIOS Si ☐ No ☒
GASTRICOS Si ☐ No ☒
NEUROLOGICO Si ☐ No ☒
ALERGICOS Si ☐ No ☒
AUDIOLOGICOS Si ☐ No ☒
Cx. CABEZA/7CUELLO Si ☐ No ☒
OTROS Si ☐ No ☒
CUAL:

B. FARMACOLOGICOS

Si ☐ No ☒

CUAL:

E. FAMILIARES

Si ☐ No ☒

CUAL:

C. HABITOS

Si ☐ No ☒

Alimentarios: Picante
Fuma: NO.
B. Alcoholicos: NO.

F. AMBIENTALES

Si ☐ No ☒

CUAL:

D. OCUPACIONAL

Si ☐ No ☒

CUAL: 6 Horas día

G. T. FONODILOGICO

Si ☐ No ☒

CUAL:

4. POSTURA Y TONICIDAD

A. POSTURA ESTATICA

VISTA ANTERIOR

ADECUADA ☒
DERECHA ☒
IZQUIERDA ☒

VISTA LATERAL

ADECUADA ☒
DERECHA ☒
IZQUIERDA ☒

B. TONICIDAD

B1. Dinamica (cabeza, cuello y hombros)

FLEXION

ADECUADA ☒
INSUFICIENTE ☐
NULO ☐

EXTENSION

ADECUADA ☒
INSUFICIENTE ☐
NULO ☐

FLEXION LATERAL

ADECUADA ☒
INSUFICIENTE ☐
NULO ☐

ROTACION

ADECUADA ☒
INSUFICIENTE ☐
NULO ☐

SENTADO

ADECUADA ☒
INSUFICIENTE ☐
NULO ☐

OBSERVACIONES:

B2. Palpacion (cabeza, cuello y hombros)

TONICIDAD

GENERAL

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

SUPRAHIOIDEA

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

INFRAHIOIDEA

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

CERVICAL

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

ESCAPULAR

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

M. TIROIDEA

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

TENSION LARINGEA

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

ALTURA LARINGEA

ADECUADA ☒
HIPERTONICA ☐
HIPOTONICA ☐

OBSERVACIONES: Condicioner musculo esqueleticas a propiadat

5. RESPIRACION

RESPIRACION
EN REPOSO

ORAL

NASAL

MIXTO

REAPIRACION
EN FONACION

ORAL

NASAL

MIXTO

TIPO
RESPIRATORIO

ALTO

MEDIO

BAJO

COORDINACION
FONORESPIRATORIA

ADECUADA

ALTERADA

MUY ALTERADA

CICLO
RESPIRATORIO

NASAL-NASAL

BUCAL-BUCAL

MIXTO

6. PRUEBA DE GLAZER

EN REPOSO

EXISTE ESCAPE NASAL DE AIRE

SI

NO

EN FONACION

EXISTE ESCAPE NASAL EN FORMACION

SI

NO

7. PARAMETROS VOCALES

AUDITIVOS

CARRASPEO

SI

NO

VARIACION DE LA VOZ

SI

NO

QUIEBRES TONALES

SI

NO

INTENSIDAD BAJA

SI

NO

TONO AGRAVADO

SI

NO

TOS

SI

NO

FATIGA VOCAL

SI

NO

INTENSIDAD ALTA

SI

NO

TONO AGUDIZADO

SI

NO

NASALIZACION

SI

NO

OBSERVACION:

tiempo máximo de fonación dentro de parámetros normales

7. SOMATO SENSORIAL

SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO

SI

NO

SENSACION DE OPRESION EN CUELLO

SI

NO

ACIDEZ

SI

NO

AHOGO

SI

NO

SED O RESEQUEDAD

SI

NO

ARDOR

SI

NO

CAMBIO DE LA SALIVA

SI

NO

OBSERVACION:

normal

8. CARACTERISTICAS

EMISION

NORMAL

DISFONIA

AFONIA

INTENSIDAD

ADECUADA

FUERTE

DEBIL

ALTURA TONAL

ADECUADA

AGUDA

GRAVE

EXTENSION TONAL

ADECUADA

REDUCIDA

VARIABLE

ATAQUE VOCAL

NORMAL

DURO

SOPLADO

APERTURA BUCAL

ADECUADA

AUMENTADA

ESCASA

TEMBLOR DE VOZ

AUSENTE

PRESENTE

OBSERVACION:

normal

9. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO

condiciones de voz apropiadas para el desempeño de su labor.

10. RECOMENDACIONES

Realizar Higiene vocal: ☐

Correccion tipo Respiratorio ☐

Clases Tecnica Vocal: ☐

Hidratacion constante ☐

Sandra Liliana Guzmán Rondón

FONOAUDIOLOGA

O. IBEROAMERICANA

REGISTRO PROFESIONAL 14-03048

FONOAUDIOLOGIA

Firma -Sello

FIRMA DEL TRABAJADOR