MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

# LABORATORIO CLÍNICO



| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | |
|---|---|---|---|
| 25 (DIA) | 01 (MES) | 2022 (AÑO) | BUCARAMANGA (Ciudad) |

**DATOS DEL PACIENTE** (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Documento de identificación Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| CHACON | TIRADO | ROSIBEL | | CC | 63435027 |

| EDAD | GÉNERO | TELÉFONO DE CONTACTO |
|---|---|---|
| 52 años | FEMENINO | 3133332940 |

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Glicemia Basal | 98 mg/dl | 70-100 mg/dl |

## Perfil Lipidico

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Colesterol Total | 185 mg/dl | 100 a 200 mg/dl |
| Triglicéridos | 102 mg/dl | hasta 150 mg/dl |
| Colesterol H.D.L. | 38 mg/dl | 30 a 55 mg/dl |
| Colesterol L.D.L. | 127 mg/dl | 80 a 130 mg/dl |
| Otros | - | |

## Cuadro Hemático

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Hematocrito | 41.3 % | 35.0 a 54.0 % |
| Hemoglobina | 13.4 gr/dl | 11.5 a 17.5 gr/dl |
| Globulos Blancos | 7.200 /mm3 | 5.000 a 10.000 /mm3 |
| Plaquetas | 246.000 /mm3 | 150.000 a 450.000 /mm3 |



**Bac. SAMUEL ANDRES GARCIA MEZA**
Bacteriólogo y Laboratorista Clínico
Reg. 54-5005/2012

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

# HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL
## Audiometría

| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | |
|---|---|---|---|
| 25 (DIA) | 01 (MES) | 2022 (AÑO) | BUCARAMANGA (Ciudad) |

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: Examen de Ingreso

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE**

| Nombre de la Empresa | Centro de Trabajo - Sede |
|---|---|
| PARTICULAR | BUCARAMANGA |

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE** (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Documento de identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| CHACON | TIRADO | ROSIBEL | | CC | 63435027 |

| Género | Fecha de Nacimiento (DIA / MES / AÑO) | Lugar de Nacimiento | Edad |
|---|---|---|---|
| ○ Masculino ● Femenino | 17 / 01 / 1970 | CHIPATÁ | 52 Años |

**INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL /RETIRADO O A INGRESAR** (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador o que pueda tener el médico)

Fecha de Ingreso: (DIA / MES / AÑO) — Jornada de trabajo: ○ Diurno ○ Nocturno ○ Rotativo

| Cargo | Sección |
|---|---|
| PROFESIONAL ADMINISTRATIVO | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| OTOLÓGICOS | SI | NO | OIDO |
|---|---|---|---|
| OTALGIA | ○ | ● | |
| OTITIS | ○ | ● | |
| OTORREA | ○ | ● | |
| OTOTÓXICOS | ○ | ● | |
| ACÚFENO | ○ | ● | |
| PRURITO | ○ | ● | |
| VÉRTIGO | ○ | ● | |
| TINNITUS | ○ | ● | |
| HIPOACUSIA | ○ | ● | |
| SENSACIÓN DE OIDO TAPADO | ○ | ● | |
| TRAUMA ACUSTICO | ○ | ● | |
| CERUMEN | ○ | ● | |
| PERFORACIÓN TIMPÁNICA | ○ | ● | |
| OTROS | ○ | ● | |
| ¿Cual? | | | |

| PATOLÓGICOS | SI | NO |
|---|---|---|
| AFECCIÓN RENAL | ○ | ● |
| PAROTIDITIS | ○ | ● |
| TBC | ○ | ● |
| DIABETES | ○ | ● |
| HIPOTIROIDISMO | ○ | ● |
| MENINGITIS | ○ | ● |
| PALUDISMO | ○ | ● |
| REUMATISMO | ○ | ● |
| HIPERTENSION ARTERIAL | ○ | ● |
| SARAMPIÓN | ○ | ● |
| RUBEOLA | ○ | ● |
| RINITIS - SINUSITIS | ○ | ● |
| ALTERACIONES DE TIROIDES | ○ | ● |
| OTROS | ○ | ● |
| ¿Cual? | | |

| EXTRALABORALES | SI | NO |
|---|---|---|
| MÚSICA CON AUDÍFONOS | ○ | ● |
| MÚSICA A ALTO VOLUMEN | ○ | ● |
| TIRO AL BLANCO - POLÍGONO | ○ | ● |
| SERVICIO MILITAR | ○ | ● |
| DETONACIÓN - EXPLOSIÓN | ○ | ● |
| DISCOTECA - BARES | ○ | ● |
| INSTRUMENTO MUSICAL | ○ | ● |
| MANOS LIBRES | ○ | ● |
| MOTOCICLISMO | ○ | ● |
| TEJO | ○ | ● |
| BUCEO | ○ | ● |
| OTROS | ○ | ● |
| ¿Cual? | | |

| QUIRÚRGICOS | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| CIRUGÍA DE OIDO | ○ | ● | TIMPANOPLASTIA | ○ | ● |
| CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO | ○ | ● | | | |

| HEREDITARIOS | SI | NO | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| CONGÉNITO | ○ | ● | |
| ADQUIRIDO | ○ | ● | |

**Observaciones:**

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES ○ Si ● No

| Empresa | Cargo | Exp. Ruido | Horas | Días | Meses | Años | Proteccion Auditiva | Tipo de Protección |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ○ S ○ N | | | | | | |
| | | ○ S ○ N | | | | | | |
| | | ○ S ○ N | | | | | | |
| | | ○ S ○ N | | | | | | |

**Descanso Auditivo:** **12** Horas

## OTOSCOPIA

| PABELLÓN AURICULAR | D | I | CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO | D | I | MEMBRANA TIMPÁNICA | D | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORMAL | ● | ● | NORMAL | ○ | ○ | NORMAL | ○ | ○ |
| ATRESIA | ○ | ○ | TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN | ○ | ○ | PERFORADO | ○ | ○ |
| AGENESIA | ○ | ○ | TAPÓN TOTAL DE CERUMEN | ● | ● | OPACA | ○ | ○ |
| CICATRIZ | ○ | ○ | IRRITADO | ○ | ○ | NO SE VISUALIZA | ● | ● |
| OTROS | ○ | ○ | OTROS | ○ | ○ | OTROS | ○ | ○ |

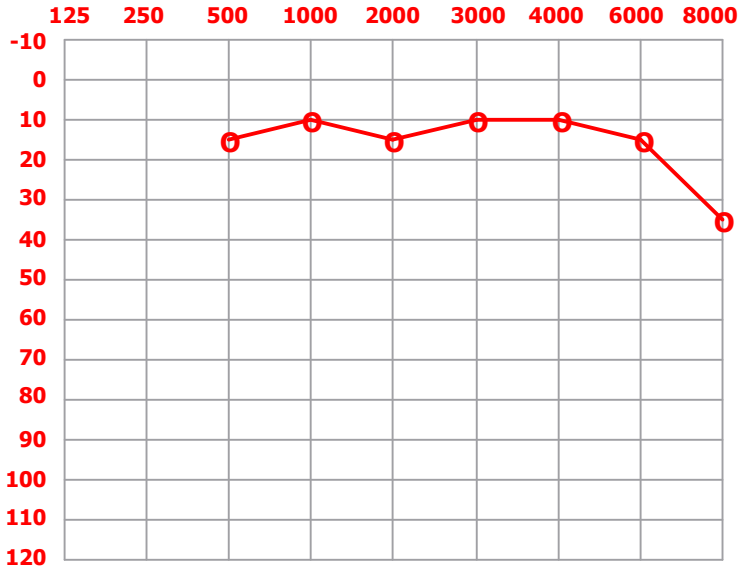
**Observaciones:**

| CLASIFICACIÓN LARSEN | |
|---|---|
| HNS GI | Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB en una banda ALTA (3000, 4000 ó 6000 Hz) |
| HNS GII | Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta (> 2000 Hz) |
| HNS GIII | Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta y en una ó mas bandas de frecuencia Baja (< 2000 Hz) |

| SEVERIDAD | |
|---|---|
| NORMAL | < 10 dB |
| MÍNIMA | 10 - 25 dB |
| LEVE | 26 - 40 dB |
| MODERADA | 41 - 55 dB |
| MODERADA SEVERA | 56 - 70 dB |
| SEVERA | 71 - 85 dB |
| PROFUNDA | > 85 dB |

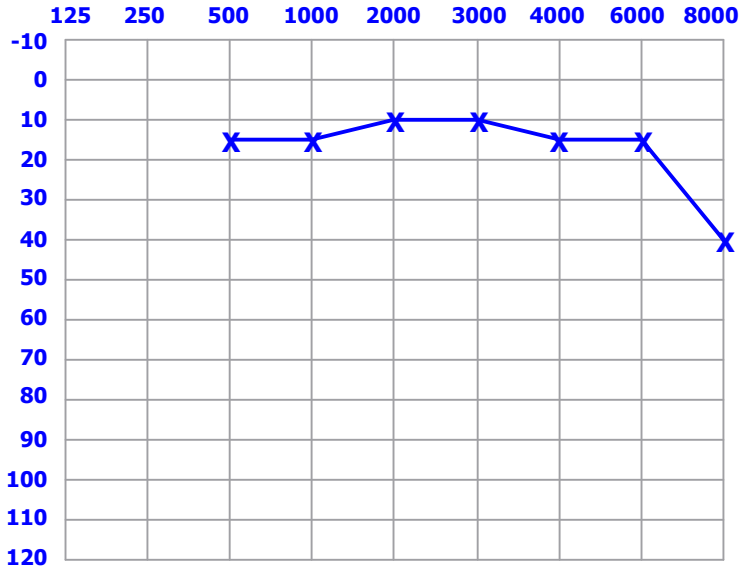
## AUDIOGRAMA

**Oido Derecho**




**Promedio (500 - 1000 - 2000): 13,33 dB**

**Oido Izquierdo**




**Promedio (500 - 1000 - 2000): 13,33 dB**

## DIAGNÓSTICO

| | |
|---|---|
| 1 AUDICION NORMAL BILATERAL | 2 DESCENSO LEVE DE FRECUENCIAS AGUDAS BILATERAL |
| 3 LARSEN GRADO I BILATERAL | |

**Observaciones:**

## RECOMENDACIONES

Control: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses Valoración / Control ORL: ○ Si ● No utilizar Protección Auditiva: ○ Si ● No

**Observaciones:** LIMPIEZA AUDITIVA BILATERAL.

2013-11-18T10:39:19-05:00

**NUBIA CARRERO MANTILLA**
**Fonoaudiologo (a)**

**ROSIBEL CHACON TIRADO**
**Trabajador C.C.** 63435027

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DIA | 01 MES | 2022 AÑO | BUCARAMANGA Ciudad | Examen de Ingreso |

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE**

| Nombre de la Empresa | Centro de Trabajo - Sede |
|---|---|
| PARTICULAR | BUCARAMANGA |

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE** (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Edad | Documento de identificación Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CHACON | TIRADO | ROSIBEL | | 52 Años | CC | 63435027 |

| Cargo | Sección |
|---|---|
| PROFESIONAL ADMINISTRATIVO | |

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL**

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

**LIMITACIONES O RESTRICCIONES**

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

| Agentes o Factores de Riesgo | T | P | Recomendaciones |
|---|---|---|---|
| | ○ | ○ | |

**Recomendaciones:**

USO ADECUADO DE EPPS, MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. INFORMA SIN SINTOMAS COVID-19. CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS (FLEXION DE MINFS, ESPALDA RECTA, OBJETO CERCA AL CUERPO), EJERCICIOS FORTALECER MUSCULOS DE ESPALDA, USO DE CORRECCION VISUAL OCASIONAL

**EXÁMENES REALIZADOS**

☑ Examen de Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico
☑ Glicemia Basal ☑ Cuadro Hemático ☑ Parcial de Orina

**Otros exámenes:**

**Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica:** ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

***"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"***

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la

**Médico**

Firma:

Nombre: Dr(a) JOHANNA CAROLINA BARAHONA REYES

Registro Médico: 4545 Licencia Salud Ocupacional: 06214

**Aspirante / trabajador**

Firma:

Nombre: ROSIBEL CHACON TIRADO

Documento Identidad: 63435027

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

# OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 (DIA) | 01 (MES) | 2022 (AÑO) | BUCARAMANGA (Ciudad) | Examen de Ingreso |

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE**

| PARTICULAR (Nombre de la Empresa) | BUCARAMANGA (Centro de Trabajo - Sede) |
|---|---|

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE** (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Documento de identificación Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| CHACON | TIRADO | ROSIBEL | | CC | 63435027 |

Género: ○ Masculino ● Femenino

Fecha de Nacimiento: 17 (DIA) 01 (MES) 1970 (AÑO)

Lugar de Nacimiento: CHIPATÁ

Edad: 52 Años

**EXPOSICIÓN A RIEGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR**

| Tipo de Riesgo (Existe o existió exposición para cada una de las respuestas afirmativas) | SI | NO | Tiempo de Exposición Acumulada: Años | Meses | Días | Diaria: Horas | Utiliza Protección Visual SI | NO | De que tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Radiación Ultravioleta o infraroja (soldadura, hornos) | ○ | ● | | | | | ○ | ● | |
| Mecánico (proyección de partículas) | ○ | ● | | | | | ○ | ● | |
| Iluminación inadecuada ○ Excesiva ○ Deficient ○ Reflejos | ○ | ● | | | | | ○ | ● | |
| Uso de video terminales | ○ | ● | | | | | ○ | ● | |

**ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

| GENERALES | SI | NO | OCULARES | Ojo Derecho SI | Ojo Derecho NO | Ojo Izquierdo SI | Ojo Izquierdo NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hipertensión Arterial | ○ | ● | Cirugía Ocular | ○ | ● | ○ | ● |
| Diabetes | ○ | ● | Queratocono | ○ | ● | ○ | ● |
| Hipoglicemia | ○ | ● | Glaucoma | ○ | ● | ○ | ● |
| Toxoplasmosis | ○ | ● | Catarata | ○ | ● | ○ | ● |
| Cefalea | ○ | ● | Retinopatía | ○ | ● | ○ | ● |
| Trauma Craneoencefálico | ○ | ● | Desprendimiento de Retina | ○ | ● | ○ | ● |
| Otros | ○ | ● | Ambliopía | ○ | ● | ○ | ● |
| ¿Cual? | | | Estrabismo | ○ | ● | ○ | ● |

**SÍNTOMAS Y SIGNOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Visión Doble | ○ | ● | Cefalea | ○ | ● | Salto de Renglones | ○ | ● |
| Fotofobia | ○ | ● | Irritación Ocular | ○ | ● | Disminución Agudeza Visual - V. Próxima | ○ | ● |
| Cansancio Ocular | ○ | ● | Lagrimeo | ○ | ● | Disminución Agudeza Visual - V. Lejana | ○ | ● |
| Ardor Ocular | ○ | ● | Prurito Ocular | ○ | ● | Secreciones | ○ | ● |
| Miodesopsias | ○ | ● | Dolor Ocular | ○ | ● | | | |

**EVALUACIÓN**

| Sin Corrección AGUDEZA VISUAL | Visión Lejana | Visión Próxima | LENSOMETRIA | Visión Lejana | Visión Próxima | Con Corrección AGUDEZA VISUAL | Visión Lejana | Visión Próxima |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ojo Derecho | 20/30 | 1,25M | Ojo Derecho | | | Ojo Derecho | 20/20 | 0,5M |
| Ojo Izquierdo | 20/25= | 1,25M | Ojo Izquierdo | | | Ojo Izquierdo | 20/20 | 0,5M |

**EXAMEN EXTERNO**

| | Ojo Derecho SI | Ojo Derecho NO | Ojo Izquierdo SI | Ojo Izquierdo NO |
|---|---|---|---|---|
| Pingüecula | ○ | ● | ○ | ● |
| Resequedad Ocular | ○ | ● | ○ | ● |
| Inyección Conjuntival | ○ | ● | ○ | ● |
| Hiperemia Conjuntival | ● | ○ | ● | ○ |
| Ptosis Palpebral | ○ | ● | ○ | ● |
| Prerigio | ○ | ● | ○ | ● |
| Secreción Ocular | ○ | ● | ○ | ● |
| Edema Palpebral | ○ | ● | ○ | ● |
| Blefaritis | ○ | ● | ○ | ● |

**ESTADO MOTOR**

| | | |
|---|---|---|
| Cover Test Visión Lejana | ORTO | |
| Cover Test Visión Próxima 40 cms | ORTO | |
| Punto Próximo de Convergencia | 8 CMS | |
| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
| Retinoscopia | -0,75 | -0,50 |
| | Normal / Anormal | Normal / Anormal |
| Estereopsis | ● / ○ | ● / ○ |
| Visión Cromática | ● / ○ | ● / ○ |
| Campo Visual | ● / ○ | ● / ○ |
| Oftalmoscopia | ● / ○ | ● / ○ |

**SUBJETIVO (Según respuesta del evaluado)**

| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo | Adición de Lente |
|---|---|---|---|
| Esfera | -0,50 | -0,25 | +2,00 |
| Cilindro | | | |
| Eje | | | |
| Agudeza Visual | 20/20 | 20/20 | |

**DIAGNÓSTICO**

| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
|---|---|---|
| Emetropía | ☐ | ☐ |
| Miopía | ☑ | ☑ |
| Hipermetropía | ☐ | ☐ |
| Astigmatismo | ☐ | ☐ |
| Presbicia | ☑ | ☑ |
| Ambliopía | ☐ | ☐ |
| problema de Motilidad | ☐ | ☐ |
| Insuficiencia de Convergencia | ☐ | ☐ |

| | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
|---|---|---|
| Problema de Refracción No Corregido | ○ | ○ |
| Problema de Refracción Adecuadamente Corregido | ● | ● |
| Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido | ○ | ○ |
| No Requiere Corrección | ○ | ○ |

**RECOMENDACIONES**

**Control en:** ○ 3 ○ 6 ● 9 ○ 12 Meses

Corrección Optica con Anteojos ●
Corrección Optica con Anteojos Permanente ○
Corrección Optica con Lentes de Contacto ○

Valoración por Ortóptica ○ Si ○ No

Valoración por Oftalmología ○ Si ○ No

**Observaciones:** PTE USA GAFAS PARA MEJORAR VISION AO- USO OCASIONAL- EPV CON FILTRO U.V- PAUSAS ACTIVAS.

2013-10-15T07:26:48-05:00

**Evaluado por:** GLORIA MARIANA PEÑALOZA

**Aspirante/Trabajador:** ROSIBEL CHACON TIRADO

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

# LABORATORIO CLÍNICO



| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | |
|---|---|---|---|
| 25 (DIA) | 01 (MES) | 2022 (AÑO) | BUCARAMANGA (Ciudad) |

**DATOS DEL PACIENTE** (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Documento de identificación Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| CHACON | TIRADO | ROSIBEL | | CC | 63435027 |

| EDAD | GÉNERO | TELÉFONO DE CONTACTO |
|---|---|---|
| 52 años | FEMENINO | 3133332940 |

## Parcial de Orina

### FISICOQUIMICO

| | |
|---|---|
| ASPECTO | TURBIO |
| BILIRRUBINAS | NEGATIVO |
| CETONAS | NEGATIVO |
| COLOR | AMARILLO |
| DENSIDAD | 1.030 |
| GLUCOSA | NEGATIVO |
| LEUCOCITOS | 25 WBC/ul |
| NITRITOS | NEGATIVO |
| PH | 6.0 |
| PROTEINAS | NEGATIVO |
| SANGRE | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO | NORMAL |

### SEDIMENTO

| | |
|---|---|
| BACTERIAS | +++ |
| CEL EPITELIALES | 6-8 X CAMPO |
| CILINDROS | - |
| CRISTALES | - |
| ERITROCITOS | 0-2 X CAMPO |
| LEUCOCITOS | 25-30 X CAMPO |
| MOCO | + |

**Bac.** **SAMUEL ANDRES GARCIA MEZA**
Bacteriólogo y Laboratorista Clínico
Reg. 54-5005/2012