

DR. JOAQUÍN VARGAS SÁENZ

Ortopedia y Traumatología
Universidad Nacional
Salud Ocupacional

Fecha: 30 01 2020

Nombre:

William Stokoloz B.
1053796951

R/. Valoración Pre Ocupacional

- selectivo médico General con énfasis
Cardiovascular — Normal
- Examen Neuropsicológico — Apto para
convivir en comunidad
- Optometría y Fonoaudiología
Anexos
- CH, Glucemia, Perfil Lipídico
y PdeO — Normales

Dr. Joaquín Vargas Sáenz
MEDICINA DEL TRABAJO
MEDICINA LABORAL
N.º. 04201

Telefax: 742 3603 - Cel. 314 200 8023

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA INGRESO	☒	EVALUACION MEDICA PERIODICA		EVALUACION MEDICO RETIRO	
NOMBRE DEL PACIENTE	William Alfonso López Borbica				
CC. 1053796451	EMPRESA		SENDA		
FECHA 300120	CIUDAD TUTUA	CARGO Instructor			

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

Exámenes realizados:

TIPO DE EXAMEN	PRACTICADO	TIPO DE EXAMEN	PRACTICADO
EVALUACION MEDICA	☒	ESPIROMETRIA	
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO		OPTOMETRIA	
AUDIOMETRIA		VISIOMETRIA	
TEST DE ALTURA		OTROS	

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) José Joaquín Vargas médico especialista en Salud Ocupacional mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente es:

RESULTADOS VALORACION:

Cumple requisitos para el cargo completamente ☒

Las condiciones de salud, no son compatibles con los requisitos del cargo o pueden empeorar con la exposición laboral ☐

Aplazado ☐

Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

Para el trabajador

1. Usar Prescripción Optométrica
2. Realizar Pausas Activas Diarias
- 3.
- 4.
- 5.

Restricciones Médicas Ocupacionales

- 1.
- 2.
- 3.

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL. Señor (a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico (a) Ocupacional

Dr. Joaquín Vargas Sáenz
FIRMA DEL TRABAJADOR
MEDICINA OCUPACIONAL
D.C. No. 04203
R.M.

FIRMA DEL TRABAJADOR

ACEPTO EL CONTENIDO ESCRITO EN ESTE DOCUMENTO Y CERTIFICO LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN CONSTANCIA SE FIRMA AL PIE DE PÁGINA DE IGUAL FORMA ACEPTO QUE MI INGRESO NO DEPENDE DEL MÉDICO QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN

El propósito de este cuestionario es suministrar al médico examinador información del estado de salud con el fin de identificar condiciones de salud y su relación con la determinación de la aptitud laborar en las tareas a realizar. La información que aquí consigne tendrá manejo confidencial y su uso será exclusivamente para la elaboración de la historia clínica de acuerdo con la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de Protección Social.

3176727673

FECHA: DIA — MES — AÑO — C.C.T.I.: 105379695#ORDEN
 NOMBRES Y APELLIDOS: WILSON DÍAZ SEXO: MASCULINO 28 FEMENINO
 FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO REALIZADO: 10 de 2 15 de 11 de 2010

Marque con una X en la casilla correspondiente. Responda la información de las hojas y firme al final.

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, estados o síntomas? (Por favor responda todas las preguntas)

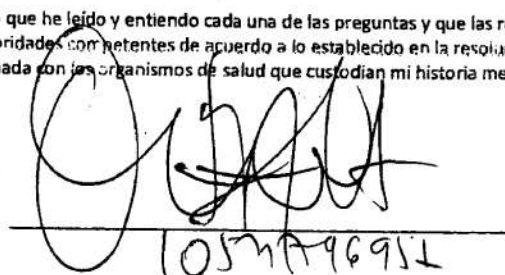
	SI	NO	PREGUNTAS SOBRE VACUNACION, ACTIVIDADES FISICAS Y HABITOS TOXICOS			
1		/	¿Se ha aplicado alguna vacuna durante los últimos 5 años? Si la respuesta es sí ¿Cuáles? Fiebre amarilla — Tétanos — Influenza — Hepatitis A — Hepatitis B — Fiebre tifoidea — Varicela — Paperas — Tosferina — Virus A1H1 — Cáncer de cuello uterino — Tétano difteria —			
2	X		¿Practica algún tipo de actividad física? Si la respuesta es sí ¿Cuál? <u>Correr</u> Frecuencia: <u>Ocasional</u> <u>3</u> veces por semana <u>>3</u> veces por semana			
3		/	¿Ingiera bebidas alcohólicas hasta la embriaguez una o más veces por semanas?			
4		/	¿Ingiera bebidas alcohólicas aun sin llegar a la embriaguez tres o más veces por semana?			
5		/	¿Consuma alcohol? Diario — Semanal — Quincenal — Mensual — Ocasional — Años de consumo — Si la respuesta es sí. ¿Con que frecuencia?			
6		/	¿Fuma? Cigarrillo — Tabaco — Pipa — Si la respuesta es sí. ¿Cuántos al día? 1-5 — 6-10 — 11-15 — 16-20 — Más de 20 — Años de consumo —			
7		/	¿Consuma algún tipo de sustancia psicoactiva como Anfetaminas, Benzodiacepinas, Barbitúricos, Buprenorphine, Cocaína, Éxtasis, Fenciclidina, Marihuana, Metadona, Metanfetaminas, Opiáceos, Oxiconona, Propoxifeno, Tricydic, Antidepressants, etc? Si la respuesta es sí. ¿Cuál? — ¿Con que frecuencia? —			
PREGUNTAS DE ANTECEDENTES FAMILIARES (abuelos, padres, tíos, hermanos)						
8	SI	NO	20	SI	NO	Enfermedades degenerativas Oseas (artritis, osteoartritis)
9		/	21		/	Síndrome de Down
10		/	22		/	Epilepsia (convulsiones)
11		/	23		/	Glaucoma primario de ángulo abierto (aumento de la presión del ojo)
12		/	24	X	/	Hipertensión arterial (presión arterial alta) <u>Madre</u>
13		/	25		/	Infecciones frecuentes
14		/	26		/	Insomnio (dificultad para conciliar el sueño o interrupción del sueño)
15		/	27		/	Retino blastoma (enfermedad de los ojos)
16		/	28		/	Retinosis pigmentaria (enfermedad de los ojos que genera ceguera)
17		/	29		/	Rinitis alérgica (estornudos frecuentes)
18		/	30		/	Tuberculosis (expectoración o catarro con sangre)
19		/	31		/	Sordera súbita
ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGIA NEUROLÓGICA, PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA						
32	SI	NO	37	SI	NO	Horrigueo en alguna parte del cuerpo
33		/	38		/	Colapso nervioso (desmayo)
34		/	39		/	Limitaciones neurológicas o psicológicas luego de algún tratamiento
35		/	40		/	Lesiones en la cabeza
36		/	41		/	Temor a las alturas o espacios cerrados
ENFERMEDADES, ESTADOS, O SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR						
42	SI	NO	45	SI	NO	Tromboflebitis (inflamación de las venas de las piernas)
43		/	46		/	Presión arterial elevada
44		/	47		/	Endurecimiento de las arterias (arterioesclerosis)
ENFERMEDADES DE LOS OIDOS, OÍOS Y PULMONES						
48	SI	NO	57	SI	NO	Resfriados (gripas) frecuentes
49		/	58		/	Hemorragia nasal frecuente
50		/	59		/	Asma (dificultad para respirar y silbidos en el pecho)
51		/	60		/	Bronquitis
52		/	61		/	Tos persistente
53		/	62		/	Líquido en el pulmón
54		/	63		/	Neumonía (enfermedad infecciosa en el pulmón)
55		/	64		/	Tuberculosis
56		/	65		/	Silicosis (enfermedad de los pulmones por trabajar en minas de arena o carbón)
ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGIA OSTEAMUSCULARES						
66	SI	NO	72	SI	NO	Se traba alguna de las rodillas

67	SI	NO	Osteomielitis (enfermedad cancerosa de los huesos)	72	SI	NO	Reumatismo (dolor y deformidad en las articulaciones)
68		/	Ruptura de los discos intervertebrales de la columna, fractura de columna o escoliosis (desviación de la columna), compresión de raíces nerviosas	73		/	Artritis (dolor en las articulaciones o coyunturas de los huesos), o descalcificación de los huesos (osteoporosis)
69		/	Cirugía de la columna o retiro por cirugía de un disco intervertebral	74		/	¿Alguna vez se ha lesionado o ha tenido problemas de la espalda?
70		/	Rigidez y dificultad para mover las articulaciones (anquilosamiento)	75		/	¿Alguna vez ha visitado a un médico o a otro profesional por una lesión o dolor en la espalda?
71		/	Luxación de hombro, codo o rodilla (dislocación) fracturas en brazos y/o manos	76		/	¿Alguna vez ha usado un aparato o soporte ortopédico en la espalda?
DURANTE SU TRABAJO O EN CUALQUIER HORA DEL DÍA O LA NOCHE USTED PRESENTA:							
77	SI	NO	Dolor de cuello	80	SI	NO	Dolor y/o inflamación en las muñecas y dedos
78		/	Dolor de hombros	81		/	Dolor de espalda
79		/	Dolor de codos	82		/	Dolor de cintura
83		/	Adormecimiento u hormigueo de las manos	85		/	Disminución de la fuerza en manos o brazos
84		/	En el último año ha presentado dolor en el cuello, hombros, codos, muñecas, espalda y cintura	86		/	Enfermedades de los músculos, tendones y ligamentos de los miembros superiores (brazos) como desgarró, tendinitis, bursitis, esguinces, torceduras
ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGÍA DEL SISTEMA ENDOCRINO (GLANDULAR) Y OTROS SISTEMAS							
87	SI	NO	Diabetes (azúcar elevada en la sangre)	94	SI	NO	Cáncer o tumores
88		/	Agrandamiento de tiroides (bocio)	95		/	Hemofilia (enfermedad en la sangre que predispone a hemorragias)
89		/	Exceso de insulina (hiperinsulinismo)	96		/	Trastornos en la piel
90		/	Hepatitis (infecciones del hígado)	97		/	Desmayos o mareos
91		/	Piel amarilla por enfermedades del hígado (ictericia)	98		/	Hernia inguinal, umbilical o de cualquier otro índole
92		/	Anemia	99		/	Intoxicación con metales pesados
93		/	Cálculos renales, cólicos o infecciones renales	100		/	Sangrados por recto o vómitos con sangre
PREGUNTAS DE ANTECEDENTES GENERALES							
101		/	¿Alguna vez ha estado hospitalizado o internado en una clínica?				
102		/	¿Ha estado hospitalizado o ha recibido tratamiento o evaluación psicológica o psiquiátrica por problemas nerviosos?				
103		/	¿Ha estado hospitalizado, ha sido tratado o ha recibido terapia por consumo de alcohol, drogas u otras sustancias?				
104		/	¿Le han dicho que tenía que operarse de algo o lo han operado? Si la respuesta es sí ¿de qué?				
105		/	¿Le han transferido sangre? Si la respuesta es sí ¿Cuántas veces? ¿Presento alguna reacción? SI NO				
106		/	¿Alguna vez a desarrollado una alergia o sensibilidad a sustancias químicas, polvo, (insectos, acetaminofén, carbamazepina, cefalosporinas, condimentos y aditivos, maní, mariscos, metales, penicilinas, polvo casero, polvo de ácaros, etc.)?				
107		/	¿Presento fracturas, quemaduras, heridas, esguinces, amputaciones, lesiones en cornea u otro trauma?				
108		/	¿Actualmente está tomando un medicamento? Si la respuesta es sí ¿Cuál?				
109		/	¿Alguna vez lo han rechazado en un empleo por problemas de salud?				
110		/	¿Sufre actualmente de algún deterioro físico o mental que pueda limitar su capacidad de realizar las funciones del cargo para el cual se postula?				
111		/	¿Ha tenido una lesión, enfermedad o condición que le haya echo faltar a su trabajo más de tres días consecutivos?				
112		/	¿Estuvo incapacitado en el último año debido a lesiones o enfermedades comunes? ¿Cuántos días y cual diagnóstico?				
113		/	¿Ha sufrido usted algún accidente de trabajo en las empresas en las cuales ha laborado? Si la respuesta es sí ¿Cuál es el diagnóstico?				
114		/	¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo como enfermedad profesional? Si la respuesta es sí ¿Cuál es el diagnóstico?				
115		/	¿Cuándo fue la última vez q consulto al médico? ¿Por qué motivo?				
Su casa es propia — Familiar — Arrendada — El techo es de — El piso es de — Cuantos baños — Cuantos cuartos — Con qué servicio cuenta: Luz — Agua — Alcantarillado — Gas — Teléfono fijo — Cable — Internet — Tiene mascotas: Sí — No — ¿Cuál? —							

Edad primera menstruación	Fecha ultima menstruación	/	/	/	Menstruación regular: — Irregular — Nro. días del sangrado —
Frecuencia del sangrado cada cuantos días: —	Fecha ultima citología: —/—/—	Resultado: Normal — Anormal —			
#Embarazos — #Partos — #Abortos — #Cesáreas — #Hijos vivos — #Hijos muertos — ¿Planifica? Si — No — ¿Cón que? —					

Declaro que he leído y entiendo cada una de las preguntas y que las respuestas se ajustan a la verdad y autorizo para que esta información sea remitida a las autoridades competentes de acuerdo a lo establecido en la resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social y que la misma puede ser confirmada con los organismos de salud que custodian mi historia medica

FIRMA


1057A96951



EMPRESA

SENA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

1. DATOS DE IDENTIFICACION

TIPO DE EXAMEN	Ingreso ☒	Periódico	Retiro	Fecha	30/01/20
APELLIDOS			NOMBRES		
López Borjica			Wilmar D. Forero		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1053 796 951	EDAD	30	GENERO	M ☒ F
ESTADO CIVIL	C ☒ S ☐ U.L. ☐	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	04/03/2020		
ESCOLARIDAD	PRIMARIA ☐	BACHILLERATO ☐	UNIVERSIDAD ☒	OTROS ☒ Maestría	
PUESTO DE TRABAJO / CARGO					
Instructor					

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESAS	CARGOS DESEMPEÑADOS	TIEMPO (años) EXPOSICION	RIESGOS ECOS (calor, hum, rad, VDT, ruido, frio, vibr), OCOS, ERG, MEC, BIOLÓGICOS, PSICO, SEGURIDAD	E.P.P	
SENA	Instructor	18m		SI	NO
ACC. TRABAJO: SI ☐ NO ☒ TIPO LESION (fx. lx. hx) ☐ DIAS INCAP ☐ SECUELAS ☐					
ENFERMEDADES PROFESIONALES: En estudio: SI ☐ NO ☒ Calificada por ARP: SI ☐ NO ☒ DX: ☐					

3. ANTECEDENTES DE SALUD

FAMILIARES	SI	NO	PERSONALES	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
DM. epilepsia		☒	1. POTOLOGICO		☒	4. INMUNE		☒	7. ETS		☒
CA. Asma		☒	2. QUIRURGICO		☒	5. TRAUMATICO		☒	8. VACUNAS		☒
HTA. Cardiop.		☒	3. ALERGICO		☒	6. HOSPITALARIO		☒	9. OTROS		☒
10. GINECOBISTETRICO	☒		P	☒	A	C	☒	V	M	CICLOS	
Fecha ultima menstruación						Método planificación					
Fecha ultima citología						Resultado					
OBSERVACIONES						Lactancia actual	SI	NO			
HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES											
TIPO	SI	NO	FRECUENCIA	CANTIDAD PROMEDIO	TIEMPO DE HABITO	TIEMPO DE SUSPENSION					
CIGARRILLO		☒									
DEPORTE	☒		BH 5m								
OTRA ACTIVIDAD: labor, medicinas, dominancia, agricultura doméstico.						ANTIGUEDAD	FRECUENCIA				

4. REVISION POR SISTEMAS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. PIEL		☒	5. GENITOURINA.		☒	9. NEURO(cefalea, vértigo)		☒
2. RESP.(disnea. los)		☒	6. OSTEOMUSC.		☒	10. OJO (picor, rojo, cansado. <A.V.)	☒	☒
3. CARDIOVASC.		☒	7. COLUMNA		☒	11. ORL (hipoacusia, rinitis, otitis)		☒
4. GASTROINTEST		☒	8. VARICES		☒	12. CARDIOVASCULAR (dolor, palp)		☒
OBSERVACIONES:								
10 → BV								

5. EXAMEN FISICO

CONDICION GENERAL		Bueno			
TALLA	181	PESO	93	IMC	29
TENSION ARTERIAL	12/8	FRECUENCIA CARDIACA	80	FRECUENCIA RESPIRATORIA	20
Clínicamente		Clínicamente		Clínicamente	
	Normal	Anormal		Normal	Anormal
1. Cabeza	/		7. Tórax	/	
2. Ojos	/		8. Corazón	/	
3. Oídos	/		9. Pulmones	/	
4. Nariz	/		10. Mamas	/	
5. Boca	/		11. Abdomen	/	
6. Cuello	/		12. Genitales	/	
13. Columna			14. MMSS	/	
15. MMII			16. Neurológico	/	
17. Vascular periférico			18. Piel y Faneras	/	
19. Agudeza Visual- Tabla de Snellen	Ojo derecho		20/25	Ojo izquierdo	
				20/20	
OBSERVACIONES:					

6. TEST FISICOS

MUÑECAS	Phalen (flexión)	+		COLUMNA	Schober	cms
	Thinel (percusión)	+			Wells Dillon	+
EQUILIBRIO	Romberg	+			Lasegue	Contralat + -

7. RESULTADOS PARACLINICOS

PARACLINICO	FECHA	RESULTADO Y RECOMENDACION	PARACLINICO	FECHA	RESULTADO Y RECOMENDACION

8. IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA

1.	Defecto de Fracción
2.	
3.	
4.	

9. CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

☒	APTO.
☐	APTO APLAZADO.
☐	APTO CON RESTRICCION PARA EL CARGO.
10. RECOMENDACIONES	
REMISIONES A EPS	Usar Prescripción y Control de la Salud
	Realizar Pausas Activas Breves

CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL TRABAJADOR:

Certifico que la información suministrada es verídica y diligenciada por el médico en la consulta. Acepto los resultados y conceptos del presente examen, los cuales podrán ser utilizados por la empresa conforme a las condiciones definidas en la ley. Reserva de la historia clínica ocupacional (Res. 2345 de 2007)

Nombre del médico y registro	Firma	Firma del trabajador	Documento de identificación
Dr. Joaquín Vargas Sáenz			1017796952

Dr. Joaquín Vargas Sáenz
MEDICINA DEL TRABAJO
Y MEDICINA DE EMERGENCIAS



DRA ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA

LABORATORIO CLÍNICO

NIT: 33378198-2

CONTACTOS
3118327977 - 7426398
emilena250@hotmail.com
Carrera 7 # 8 - 69 Local 234
Sogamoso (Boyacá)
Carrera 9 # 22 - 10 Cons. 101
Tunja (Boyacá)

RESULTADO(S) LABORATORIO CLÍNICO

PACIENTE: WILLIAM ALFONSO LOPEZ
BURITICA

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

NÚMERO IDENTIFICACIÓN:
1053796951

FECHA NACIMIENTO:
04/09/1989

EDAD: 30 año(s) 26 día(s)

GÉNERO: Masculino

INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA: PARTICULAR

TIPO PLAN: Otro

TIPO VINCULACIÓN: No Aplica

DESCRIPCIÓN

FECHA INGRESO: 30/01/2020
FECHA RESULTADO: 30/01/2020

HEMATOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO: HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECuento DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO (902209)

TÉCNICA: MANUAL

PARÁMETRO	RESULTADO(S)	
	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
ERITROCITOS	5.14 m/ul	4,50 - 6,20 m/ul
HEMOGLOBINA	15.9 g/dl	11,0 - 17,0 g/dl
HEMATOCRITO	46.2 %	35 - 55 %
VCM	89.8 fl	80 - 100 fl
HCM	27.0 fl	26,0 - 34,0 fl
MCHC	32.1 g/dl	31 - 35,5 g/dl
RDW	9.9 %	10,0 - 18,0 %
LEUCOCITOS	7500 /mm3	4000 - 12000 /mm3
LINFOCITOS	47.0 %	25 - 50 %
NEUTROFILOS	47.2 %	50 - 80 %
MONOCITOS	5.8 %	0 - 10 %
RECuento DE PLAQUETAS	199000 /mm3	150000 - 450000 /mm3

QUÍMICA SANGUÍNEA

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL TOTAL (903818)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

PARÁMETRO	RESULTADO(S)	
	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	243.0 mg/dl	MENOR A 200 mg/dl

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] (903815)

TÉCNICA: No Aplica

PARÁMETRO	RESULTADO(S)	
	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL HDL	46.8 mg/dl	MAYOR A 50 mg/dl

LABORATORIO CLÍNICO: TRIGLICÉRIDOS (903868)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

PARÁMETRO	RESULTADO(S)	
	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
TRIGLICERIDOS	112.7 mg/dl	MENOR A 150mg/dl



DRA ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA

LABORATORIO CLÍNICO

NIT: 33378196-2

CONTACTOS
3118327977 - 7426398
emilena250@hotmail.com
Carrera 7 # 8 - 69 Local 234
Sogamoso (Boyacá)
Carrera 9 # 22 - 10 Cons. 101
Tunja (Boyacá)

LABORATORIO CLÍNICO: GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (903841)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

PARÁMETRO	RESULTADO(S) VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
GLICEMIA BASAL	103.3 mg/dl	70 - 110 mg/dl

VARIOS

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO (903816)

TÉCNICA: No Aplica

PARÁMETRO	RESULTADO(S) VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL LDL	173.6 mg/dl	MENOR A 130mg/dl

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Erika M. Castellanos Fagua

ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA
Bacteriología y Laboratorio Clínico
Registro Profesional: 1720/2011

DR. JOAQUÍN VARGAS SÁENZ

Ortopedia y Traumatología
Universidad Nacional
Salud Ocupacional

Fecha:

30 01 20

Nombre:

William Alfonso
Lopez Boritica
1053796951

R/.

CH
Glicemia
Perfil Lipídico
PdeO



Telefax: 742 3603 - Cel. 314 200 8023