HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/21
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DIANA MARITZA POVEDA BARRERA		Identificación CC	Nro 52222823	
Fecha de Nacimiento	1974-09-23	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERA DE SISTEMAS				
Fecha Ingreso	2023-01-20 10:28:34	**Fecha Salida**	2023-01-20 10:31:27		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

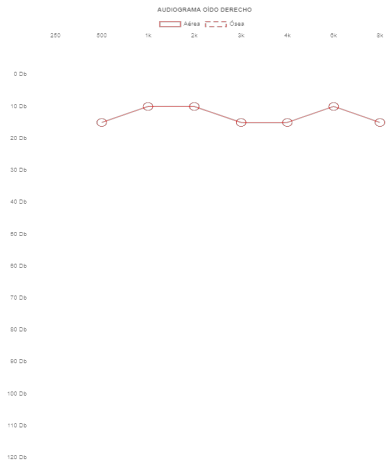
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

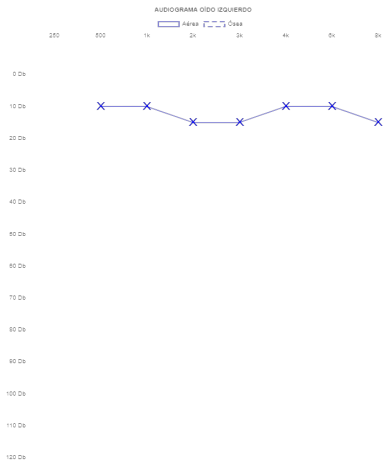
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/21
www.cendiatra.com





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			10			10			15			15			10			15		
OI				10			10			15			15			10			10			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

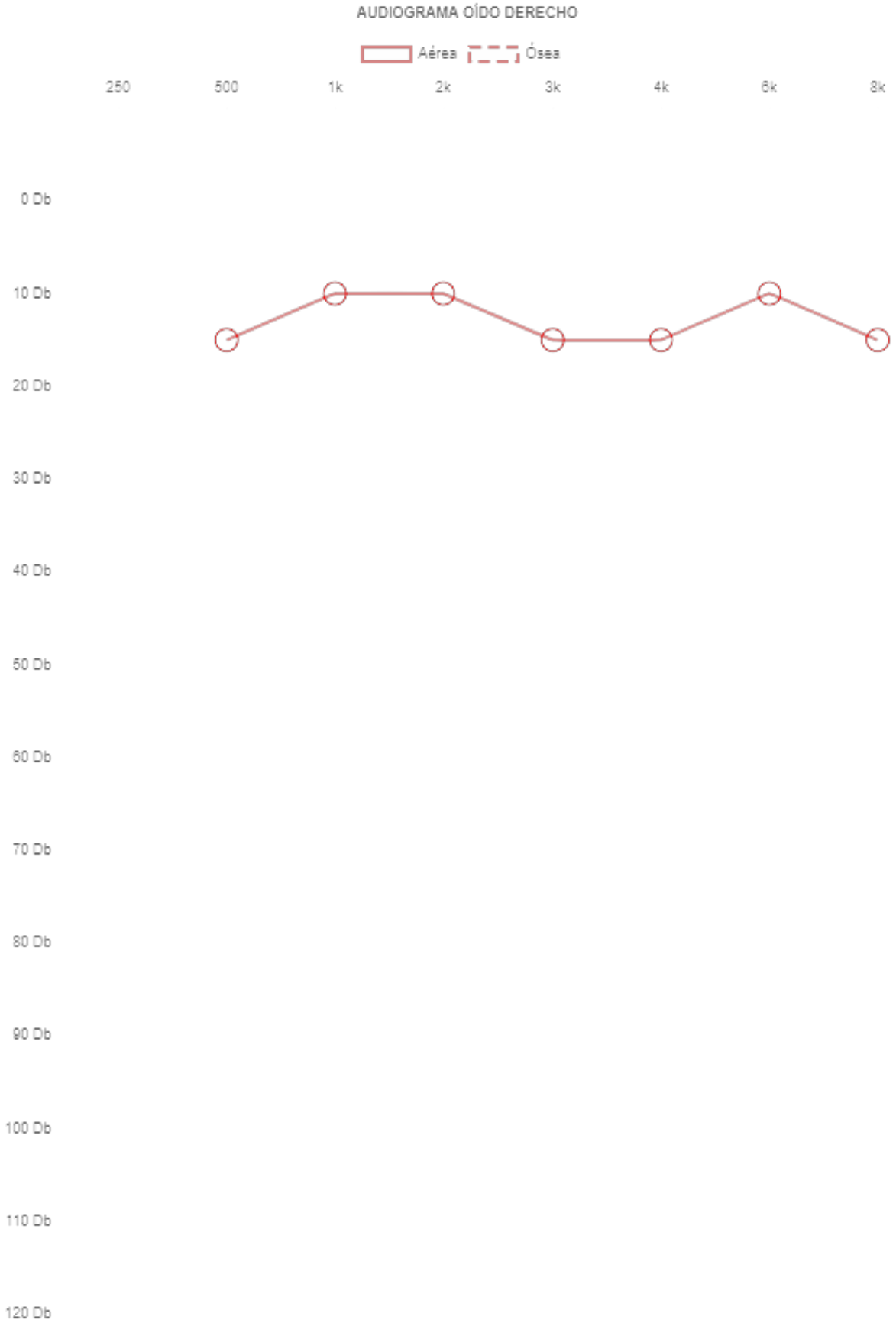
FORMATO MANUAL	NO

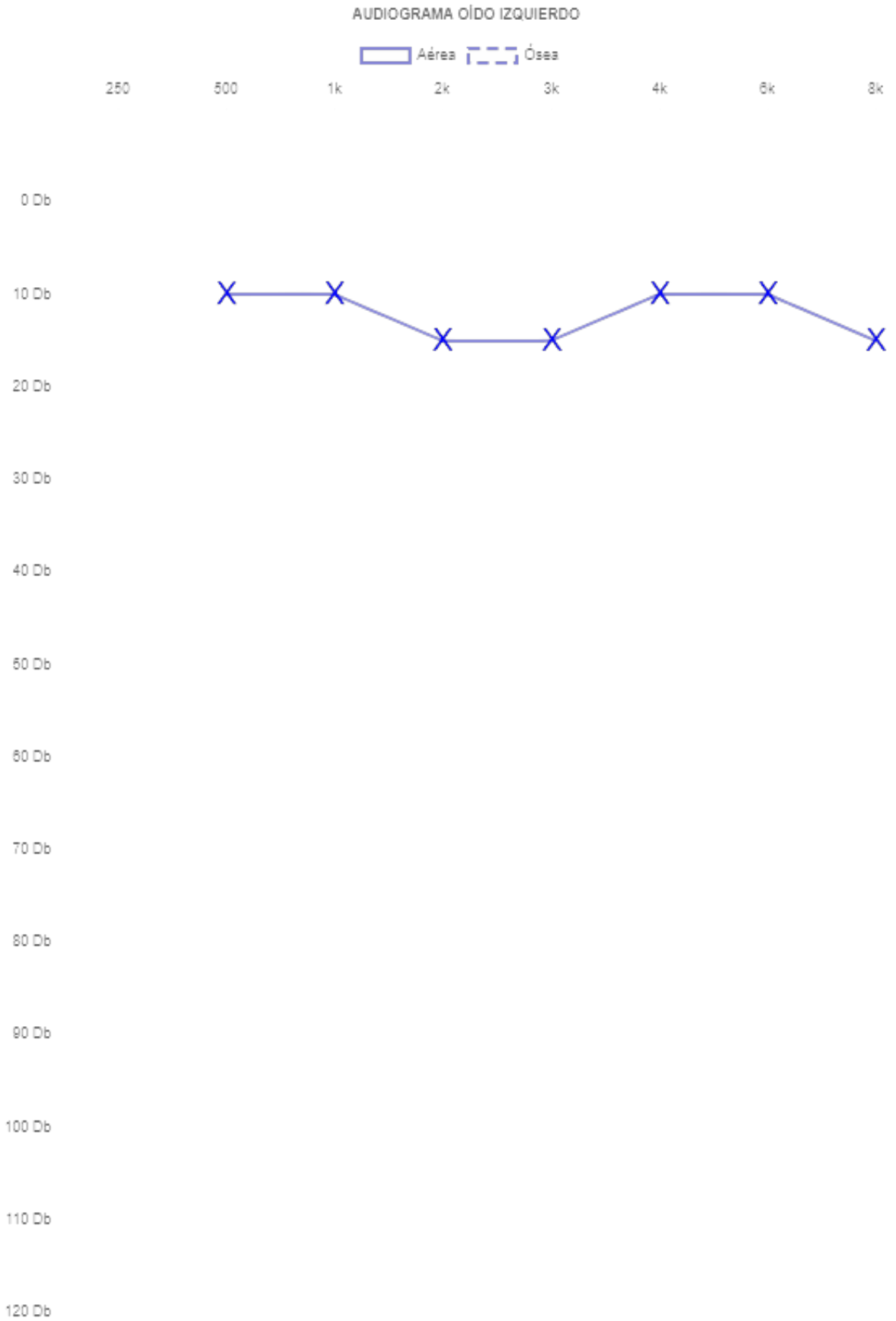
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

ERIKA XIOMARA ESTUPINAN SANJUAN
RM: 52974388
Firma y sello del médico evaluador

DIANA MARITZA POVEDA BARRERA
CC 52222823
Firma del trabajador evaluado


AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db


AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DIANA MARITZA POVEDA BARRERA		
Identificación	CC	**No. Documento**	52222823
Fecha de Nacimiento	1974-09-23	**Edad**	48 años 3 meses 28 dias
Sexo	F	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-20 08:45:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	93.0	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	. .	%	<15.0%
LEUCOCITOS	. .	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	...	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	157.0	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	91.0	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48.0	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

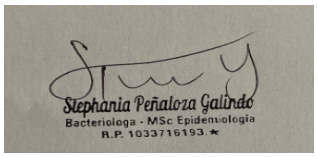
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	90.8	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-21



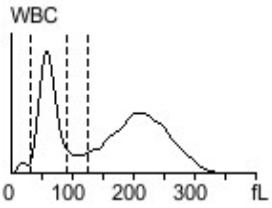
STEPHANIA PEÑALOZA GALINDO
1033716193
Firma y sello del médico evaluador

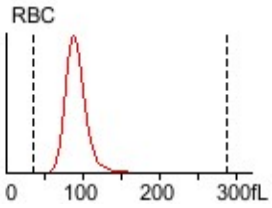
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

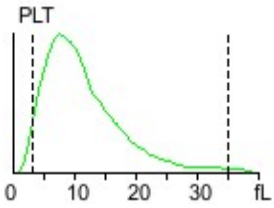
Nombre de pila: DIANA MARITZA
Apellido(s): POVEDA BARRERA
Género:
Fecha: 20-01-2023 10:22

Tipo de muestra:
ID de muestra: 52222823
Edad:

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**4,83**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	34,2		20,0-50,0	%
3 Gran%	60,5		50,0-70,0	%
4 Mid%	5,3		3,0-9,0	%
5 Lym#	1,65		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	2,92		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,26		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,64**		**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	16,3		11,5-17,5	g/dL
10 HCT	50,7	↑	35,0-50,0	%
11 MCV	90,0		82,0-100,0	fL
12 MCH	29,0		27,0-34,0	pg
13 MCHC	32,2		31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,5		11,5-14,5	%
15 RDW-SD	41,5		35,0-56,0	fL
16 PLT	**362**	↑	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,6		7,0-11,0	fL
18 PDW	10,1		9,0-17,0	fL
19 PCT	0,310	↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	18,1		11,0-45,0	%
21 P-LCC	65		30-90	10^9/L







Luis Carlos Solera G.
Bacteriólogo
Reg 1065002660
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Dr Luis Carlos Solera García
Bacteriólogo Universidad de Córdoba
T.P: 1065002660

Autopista Norte # 106 - 93
Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/21
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DIANA MARITZA POVEDA BARRERA		Identificación CC	Nro 52222823	
Fecha de Nacimiento	1974-09-23	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERA DE SISTEMAS				
Fecha Ingreso	2023-01-20 09:23:20	**Fecha Salida**	2023-01-20 09:23:33		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	NO	
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	- REFIERE USAR CORRECCION OPTICA EN VISION LEJANA

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/25
CON CORRECCION OI	20/25
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	SANO

OI	SANO

COVER TEST

HIRSCHBERG	CENTRADO
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	MEDIOS TRANSPARENTES
OI	MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	SOBREREFRACCION -0.50 ESF
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	SOBREREFRACCION -0.50 ESF

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
OBSERVACIONES	- SE RECOMIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA ANUAL DE CONTROL - SE RECOMIENDA USAR CORRECCION OPTICA EN VISION LEJANA - SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE PAUSAS ACTIVAS Y CUIDADO VISUAL

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

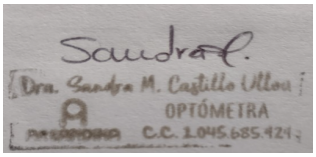
FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me

informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



SANDRA MARCELA CASTILLO ULLOA
RM: 1045685929

DIANA MARITZA POVEDA BARRERA
CC 52222823

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 20/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/NORTE
NOMBRE: DIANA MARITZA POVEDA BARRERA
CÉDULA: 52222823
EDAD: 48 CARGO: INGENIERA DE SISTEMAS

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

Carolina Martínez Pastrana
Psicólogo Esp. SST.
Res. 524/2014
C.C. 52.818.335

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefixB4CsO8

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	DIANA MARITZA POVEDA BARRERA		Identificación CC	Nro 52222823	
Fecha de Nacimiento	1974-09-23	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERA DE SISTEMAS				
Fecha Ingreso	2023-01-20 10:07:12	**Fecha Salida**	2023-01-20 12:11:19		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA — SI

Observaciones:
USO DE CORRECCION VISUAL , CONTROL ANUAL

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Johana Rodriguez Conde M.D.
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 4342/2017

JOHANA ASTRID RODRIGUEZ CONDE
RM: 52397511
Firma y sello del médico

DIANA MARITZA POVEDA BARRERA
CC 52222823
Firma del trabajador