

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**Tipo certificación:** Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

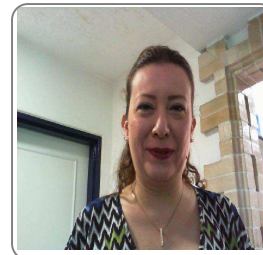
**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha **18/01/2023 11:44:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO**

Cargo **INSTRUCTOR**

Doc. Identidad **CC 29105807**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

2 PERFIL LIPIDICO

3 GLICEMIA PREPANDIAL

4 PARCIAL DE ORINA

5 CUADRO HEMATICO

6 OPTOMETRIA

7 AUDIOMETRIA

8

9

**EXAMEN DE INGRESO**

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

|                                                                      |                                  |                       |                       |                       |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Apto para el cargo                                                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aplazado                                                             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto con restricciones                                               | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para trabajar en alturas                                        | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para trabajar en espacios confinados                            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para participar en la brigada                                   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**EXAMEN PERIÓDICO**

SI NO

|                                                            |                       |                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Requiere restricciones de actividades                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Requiere reubicación laboral temporal                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Requiere reubicación laboral permanente                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para trabajar en alturas                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para trabajar en espacios confinados                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apto para trabajar en alturas                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>EXAMEN DE RETIRO</b>                                    |                       |                       |
| Sospecha de enfermedad Profesional                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedad Común                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☒ Ergonómico ☒ Otros ☐

**REMISIÓN** SI ☒ NO ☐ **ARL** SI ☐ NO ☐ **EPS** SI ☒ NO ☐

- SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS ERGONOMICO, OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

Dr. Jonathan Daniel Nández C.  
Médico General  
Esp. Salud Ocupacional  
Resolución: 1594 - 09/08/2019

*Handwritten signature of Dr. Jonathan Daniel Nández C.*

Dr Jonathan Daniel Nández  
Médico general  
Esp. Salud Ocupacional  
Res 1594 09/08/2019

*Handwritten signature of Nidya Ximena Calderon Burbano*

Trabajador: NIDYA XIMENA CALDERON  
CC 29105807

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- CONCEPTO DE APTITUD:

- APTA CON RECOMENDACIONES DESCRITAS

- VALORACION CONTROL OPTOMETRIA EPS.

RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD:

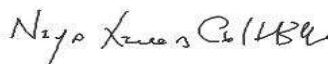
- 1 - PROPENDER POR EL CUIDADO DE SI MISMO Y EL DE SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO MEDIANTE MEDIDAS COMO EL DISTANCIAMIENTO INDIVIDUAL RESPONSABLE PARA PREVENIR LA DISEMINACION DEL VIRUS COVID-19 EN EL LUGAR DE TRABAJO.
- 2- REALIZAR LAVADO Y/O HIGIENE DE MANOS, DE MINIMO 20 A 30 SEGUNDOS CON AGUA Y JABON SEGÚN LAS SITUACIONES DESCRITAS EN EL PUNTO 2.1 DEL ANEXO TECNICO RESOLUCION 692 DE 2022.
- 3 - EL USO CORRECTO DEL TAPABOCAS, SEGÚN COMO ESTE ESTIPULADO EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.
- 4 - DEBE USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU LABOR

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dr. Jonathan Daniel Nájuez C.  
Médico General  
Esp. Salud Ocupacional  
Resolución: 1594 - 09/08/2019



Dr Jonathan Daniel Nájuez  
Médico general  
Esp. Salud Ocupacional  
Res 1594 09/08/2019



Trabajador: NIDYA XIMENA CALDERON  
CC 29105807

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



Centro Médico Universitario del Valle

FECHA DE RECIBO ENERO 18 DE 2023  
FECHA DE ENTREGA ENERO 18 DE 2023

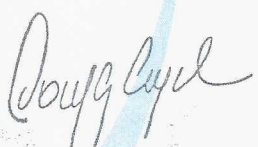
NOMBRE NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO  
IDENTIFICACION C.C 29.105.807  
EMPRESA PARTICULAR

**EXAMEN SOLICITADO PERFIL LIPIDICO**

|            |                 |      |       |     |                 |
|------------|-----------------|------|-------|-----|-----------------|
| RESULTADOS | COLESTEROL      | 149  | mg/dl | V/N | Hasta 200 mg/dl |
|            | TRIGLICERIDOS   | 104  | mg/dl | V/N | Hasta 150 mg/dl |
|            | COLESTEROL HDL  | 55   | mg/dl | V/N | 40-60 mg/dl     |
|            | COLESTEROL VLDL | 20,8 | mg/dl | V/N | 20 - 30 mg/dl   |
|            | COLESTEROL LDL  | 73,2 | mg/dl | V/N | 150 -190 mg/dl  |
|            | I.A.            | 2,7  |       | V/N | Menos de 4      |

**EXAMEN SOLICITADO GLUCOSA PRE Y POST - PRANDIAL**

|           |              |    |       |     |                |
|-----------|--------------|----|-------|-----|----------------|
| RESULTADO | GLICEMIA PRE | 96 | mg/dl | VN: | 70 - 100 mg/dl |
|-----------|--------------|----|-------|-----|----------------|

  
Dora Melida Guerrero E.  
Bacterióloga y Lab. Clínico  
Universidad del Valle  
Registro Salud 24583

FECHA DE RECIBO  
FECHA DE ENTREGA

ENERO 18 DE 2023  
ENERO 18 DE 2023

NOMBRE  
IDENTIFICACION  
EMPRESA

**NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO**  
**29.105.807**  
**PARTICULAR**



EXAMEN SOLICITADO

**PARCIAL DE ORINA**

RESULTADO

COLOR  
ASPECTO  
DENSIDAD

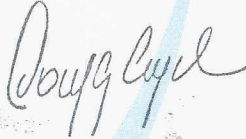
AMARILLO  
CLARO  
1030

**EXAMEN QUIMICO**

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Ph                | 9        |
| ALBUMINA          | NEGATIVA |
| GLUCOSA           | NEGATIVA |
| CUERPOS CETONICOS | NEGATIVA |
| BILIRRUBINA       | NEGATIVA |
| SANGRE OCULTA     | NEGATIVA |
| UROBILINOGENO     | NORMAL   |
| NITRITOS          | NEGATIVA |
| PROTEINAS         | NEGATIVA |

**SEDIMENTO**

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| LEUCOCITOS        | 0-1X CAMPO    |
| ERITROCITOS       | NO SE OBSERVA |
| BACTERIAS         | NO SE OBSERVA |
| MOCO              | NO SE OBSERVA |
| CELULAS EPITELIAL | NO SE OBSERVA |
| URATOS AMORFOS    | NO SE OBSERVA |
| CELULAS ALTAS     | NO SE OBSERVA |
| CELULAS BAJAS     | NO SE OBSERVA |

  
**Dora Melida Guerrero C.**  
Bacterióloga y Lab. Clínico  
Universidad del Valle  
Registro Salud 24583

FECHA DE RECIBO ENERO 18 DE 2023  
FECHA DE ENTREGA ENERO 18 DE 2023



NOMBRE NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO  
IDENTIFICACION C.C 29.105.807  
EMPRESA PARTICULAR

EXAMEN SOLICITADO CUADRO HEMATICO

RESULTADO

HEMOGLOBINA 16 g/dl  
HEMATOCRITO 48%

VN:  
VN:

| HOMBRES       | MUJERES       |
|---------------|---------------|
| 11.7- 18 g/dl | 11.7-18 g/ dl |
| 37.7 - 53.7%  | 37.7-53.7%    |

RECuento DE LEUCOCITOS 4700 mm3

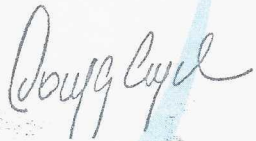
VN: 3700-10100 mm3

DIFERENCIAL

NEUTROFILOS 45%  
LINFOCITOS 49%  
EOSILOFILOS 2%  
MONOCITOS 4%  
BASOFILOS 0%

RECuento PLAQUETAS 330.000

VN: 150.000-450.000 mm3

  
Dora Melida Guerrero C.  
Bacterióloga y Lab. Clínico  
Universidad del Valle  
Registro Salud 24583



## CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE

Nit. 900392343 - 7

Dirección: CALLE 35 A NORTE # 3 N 60

Tel: 3217749857 - 3855234

## OPTOMETRÍA

Ingreso ☒Egreso ☐Periódico ☐Caso ocupacional ☐

Fecha historia 18/01/2023 10:32:00

Doc. Identidad CC 29105807

Nombre NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO

Fecha Nacimiento. 10/11/1978

Entidad PARTICULAR

Edad 44 Ocupación INSTRUCTOR

Fondo de pensión

EPS

ARL

## Anamnesis

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Último examen visual                                                                                                                                                                                                                                                                  | 18 MESES                                                                                                                                                                                                                                | Usa anteojos:                                                                                                          | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | V.L. <input type="checkbox"/> V.P. <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Progresivo <input type="checkbox"/> Filtros <input type="checkbox"/> |
| Frecuencia de uso:                                                                                                                                                                                                                                                                    | Permanente: <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
| Cirugías                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Cuál? CIRUGIA REFRACTIVA BILATERAL                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
| Accidentes oculares                                                                                                                                                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | Cuál?                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
| Signos y síntomas:                                                                                                                                                                                                                                                                    | Asintomático <input type="checkbox"/> Disminución visual de cerca <input type="checkbox"/> Disminución visual de lejos <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Resequedad ocular <input type="checkbox"/> |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
| Ardor ocular <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Cansancio ocular <input type="checkbox"/> Irritación <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Prurito ocular <input type="checkbox"/> Salto de renglón <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |
| Antecedentes personales y/o familiares                                                                                                                                                                                                                                                | Trae corrección óptica <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                               |

| Agudeza Visual |      |      |      |       |      |
|----------------|------|------|------|-------|------|
| C.C.           | V.L. | V.P. | S.C. | V.L.  | V.P. |
| O.D.           |      |      |      | 20/40 | 0.75 |
| O.I.           |      |      |      | 20/30 | 1.00 |

| Lensometría |     |     |     |     |
|-------------|-----|-----|-----|-----|
|             | ESF | CIL | EJE | ADD |
| O.D.        |     |     |     |     |
| O.I.        |     |     |     |     |

## Examen Externo

|                                                                                                                                            |                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Segmento Anterior:                                                                                                                         | Hiperemia conjuntiva <input type="checkbox"/> Pterigio N <input type="checkbox"/> | Segmento Anterior:                                                                                                                         | Hiperemia conjuntiva <input type="checkbox"/> Pterigio N <input type="checkbox"/> |
| Pterigio T <input type="checkbox"/> Pinguécula <input type="checkbox"/> Nevus <input type="checkbox"/> Blefaritis <input type="checkbox"/> |                                                                                   | Pterigio T <input type="checkbox"/> Pinguécula <input type="checkbox"/> Nevus <input type="checkbox"/> Blefaritis <input type="checkbox"/> |                                                                                   |
| Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Leucoma corneal <input type="checkbox"/>                 |                                                                                   | Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Leucoma corneal <input type="checkbox"/>                 |                                                                                   |
| Ptos palpebral <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                                                   | Ptos palpebral <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                                                   |

## Motilidad Ocular

|           |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| CVT: VL   | VP        | HISHBERG |
| Ducciones | Versiones | PPC      |

## Oftalmoscopia

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F.O.A.N. <input type="checkbox"/> Papila normal <input type="checkbox"/> Brillo foveal normal <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> | F.O.A.N. <input type="checkbox"/> Papila normal <input type="checkbox"/> Brillo foveal normal <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> |
| Escleriosis de cristalino <input type="checkbox"/> Opacidad de medios <input type="checkbox"/> Lesión retinal <input type="checkbox"/>                   | Escleriosis de cristalino <input type="checkbox"/> Opacidad de medios <input type="checkbox"/> Lesión retinal <input type="checkbox"/>                   |

## Test Ocupacionales

|                  |                       |                                 |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Visión cromática | Visión de profundidad | Campo visual por vonfrontración |
| O.D: NORMAL      | O.D: NORMAL           | O.D: NORMAL                     |
| O.I: NORMAL      | O.I: NORMAL           | O.I: NORMAL                     |

## Refracción

| Refracción |          |     |         |      | Refracción final |          |     |         |  | AV    |      |
|------------|----------|-----|---------|------|------------------|----------|-----|---------|--|-------|------|
| Esfera     | Cilindro | EJE | Adición |      | Esfera           | Cilindro | EJE | Adición |  | VL    | VP   |
| O.D:       | -        |     | +       | O.D: | -                |          | +   |         |  | 20/40 | 0.75 |
| O.I:       | -        |     | +       | O.I: | -                |          | +   |         |  | 20/30 | 1.00 |

## Interpretación

|                                              |                          |                                 |                                     |
|----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| No requiere corrección óptica                | <input type="checkbox"/> | Defecto refractivo no corregido | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido   | <input type="checkbox"/> | Gafas no formuladas             | <input type="checkbox"/>            |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | <input type="checkbox"/> |                                 |                                     |

## Diagnóstico

H521 MIOPIA

H522 ASTIGMATISMO

## Recomendaciones

|                              |                                     |                             |                          |                          |                                     |               |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------------------|
| Corrección Óptica Permanente | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrección Óptica Ocasional | <input type="checkbox"/> | Control 6 meses          | <input checked="" type="checkbox"/> | Control 1 año | <input type="checkbox"/> |
| Optometría Clínica           | <input type="checkbox"/>            | Valoración por oftalmología | <input type="checkbox"/> | Valoración por ortóptica | <input type="checkbox"/>            |               |                          |

Valoración Normal ☐ Anormal ☐

## CONCEPTO

Apto ☐ No apto ☐ Observaciones:

CMOV

Especialidad: SALUD OCUPACIONAL

CC: 900392343 RM:

**AUDIOMETRÍA**

Nombre **NIDYA XIMENA CALDERON BURBANO**

Doc. Identidad **29105807**

Teléfono \_\_\_\_\_ Edad **44** Cargo **INSTRUCTOR**

Antigüedad \_\_\_\_\_

Empresa **PARTICULAR**

Fecha **18/01/2023**
**Motivo de consulta**

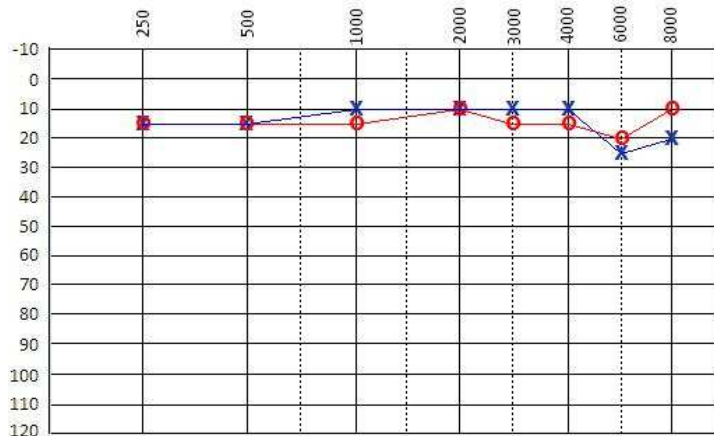
EXAMEN

**Otoscopia**

NORMAL

**Anamnesis**

USO DE AUDIFONOS



| Modalidad        | OD             | Inespecífico   | OI             |
|------------------|----------------|----------------|----------------|
| V.A              | O              |                | X              |
| V.O              | <              | ^              | >              |
| VAMASK           | ▲              |                | ■              |
| VOMASK           | └              |                | ┘              |
| Campo Libre      | ∅              | S              | X              |
| MCL              | M              | M              | M              |
| UCL              | m              | m              | m              |
| SF1              | A <sub>1</sub> | A <sub>1</sub> | A <sub>1</sub> |
| V.A SIN RTA      | Q              |                | X              |
| V.A SIN RTA MASK | ▲              |                | ■              |
| V.O SIN RTA      | V              |                | +              |
| V.O SIN RTA MASK | └              |                | ┘              |

PROMEDIO TONOS PUROS OD  OI 

TONOS AGUDOS OD  OI 

NBN  WN  SN 

ELI: OD OI

LARSEN MODIFICADO: OD Normal OI Normal

**WEBER Audiométrico**

500 Hz 1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz 4000 Hz

OD

OI

**Diagnóstico Hipoacusia:**

SAL:

**Nivel efectivo enmascaramiento**

|       | 125 | 250 | 500 | 750 | 1000 | 1500 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|-------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|
| VA OI |     | 15  | 15  |     | 10   |      | 10   | 10   | 10   | 25   | 20   |
| OD    |     | 15  | 15  |     | 15   |      | 10   | 15   | 15   | 20   | 10   |
| VO OI |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |
| OD    |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |

**Valores de referencia**

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Normal                  | 0 a 15 dB HL  |
| Pérdida auditiva mínima | 16 a 25 dB HL |
| Leve                    | 26 a 40 dB HL |
| Moderada                | 41 a 55 dB HL |
| Moderada a Severa       | 56 a 70 dB HL |
| Severa                  | 71 a 90 dB HL |
| Profunda                | >91 dB HL     |

**Interpretación**

AUDICION NORMAL BILATERAL

**Diagnóstico audiológico**

AUDICION NORMAL BILATERAL

**Diagnósticos**

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

**Observaciones**

CONTROL ANUAL

Claudia Luna T

Claudia Luna Tafur

Fonoaudióloga

Reg. 1112481465

Claudia Luna Tafur

Fonoaudióloga

Reg. 1112481465