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

SEDE	CENDIATRA PEREIRA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 18 - 33 Consultorio 205 Piso 2
TELÉFONO	(6) 3400689	**EMAIL**	citas.pereira@cendiatra
FECHA DE EXAMEN	2023-07-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA	Identificación CC	Nro 1093212872		
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA-INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-07-28 07:17:38	**Fecha Salida**	2023-07-28 14:15:29		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EVALUACION DE VOZ
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

VALORACION EPS — SI

Observaciones:
control en su entidad de salud, para control de su patología de base.

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

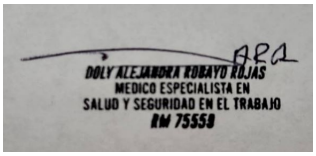
OTROS — NO PRESENTA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la resolución 1995 de 1999, resolución 2346 de 2007, resolución 1918 de 2009 las demás normas complementarias. Atendiendo los parámetros definidos en el manual de operaciones. Empresas de transporte: SITP de Transmilenio y la resolución 217 de 2014 del ministerio de transporte.

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.



DOLY ALEJANDRA ROBAYO ROJAS
RM: 46451203
Firma y sello del médico

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
CC 1093212872
Firma del trabajador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EVALUACION DE VOZ

Fecha Atención: 2023-07-28 **Fecha impresión: 2023-07-28**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA		
Identificación	CC	**Nro**	1093212872
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37
Genero	M	**RH**	A +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Tecnico
Estrato	2	**Ciudad**	Pereira
Direccion	direccion	**Telefono**	3205883410
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	CONTRATISTA-INSTRUCTOR
Ciudad - Sede	Pereira	**Sede**	CENDIATRA PEREIRA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
TIEMPO EN LA EMPRESA	
ANTECEDENTES	
HIPOACUSIA	NO
REFLUJO GASTRO ESOFAGICO	NO
ALERGIAS	NO
DISFUSION TIROIDEA	NO
DIABETES	NO
USO DE FARMACOS	NO
CIRUGIA DE LARINGE	NO
OTROS	NO
SINTOMAS VOCALES	
RONQUERA	NO
AFONIA	NO
FATIGA VOCAL	NO
CARRASPERA	NO
SEQUEDAD	NO
TOS	
TOS	NO
SECA	NO
PRODUCTIVA	NO
HABITOS	
GRITA	NO
CON QUE FRECUENCIA LO HACE	OCASIONAL
FUMA	NO
ALCOHOL	NO
CAFE	NO
ALIMENTOS CONDIMENTADOS	NO
REALIZA ACTIVIDAD FISICA	SI
EVALUACION OROFACIAL	
ASPECTO ANATOMICO	
ORGANOS FONOARTICULADORES	NORMAL
ORGANO FONOARTICULADORES	NORMAL
NARIZ	NORMAL
LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
PALADAR	NORMAL
ASPECTO FUNCIONAL	
ORGANOS FONOARTICULADORES	NORMAL
ORGANO FONOARTICULADORES	NORMAL
NARIZ	NORMAL
LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
PALADAR	NORMAL
RESPIRACION	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EVALUACION DE VOZ

Fecha Atención: 2023-07-28 **Fecha impresión: 2023-07-28**

TIPO RESPIRATORIO	COSTO DIAFRAGMATICO
MODO RESPIRATORIO	NASAL
COORDINACION FONORESPIRATORIA	ADECUADA
CUALIDADES FONOAUCUSTICAS	
TONO	NORMAL
INTENSIDAD	
TIMBRE	NORMAL
PARAMETROS VOCALES	
EMISION	NORMAL
VELOCIDAD DE HABLA	ADECUADA
RESONANCIA	ADECUADA
FLUIDEZ	ADECUADA
CALIFICACION DE LA VOZ	
CALIFICACION DE LA VOZ	Normal (Aceptación acústica de la voz agradable)
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	CUALIDADES FONATORIAS NORMALES ACORDES A EDAD Y GENERO EVALUACION PRAAT EN PARAMETROS NORMALES
CONDUCTA RECOMEDACIONES A SEGUIR	
SE SUGIERE NUEVA VALORACION POR:	NO
INGERIR DIARIAMENTE LIQUIDO ANTES DE UN ESFUERZO VOCAL PROLONGADO	SI
USAR UN TONO E INTENSIDAD DE VOZ ADUCUADA, SIN GRITAR, MURMURAR NI CARRASPEAR	SI
EVITAR LAS COMIDAS PICANTES Y EL EXCESO DE ALCOHOL	NO
VALORACION TERAPIA REPIRATORIA	NO
MEDICO / ORL	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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



JAIRO ANDRES CERON ZUÑIGA
RM: 1061721272
Firma y sello del médico evaluador

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
Documento: CC 1093212872
Firma del trabajador

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/07/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA PEREIRA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 18 - 33 Consultorio 205 Piso 2
TELÉFONO	(6) 3400689	**EMAIL**	citas.pereira@cendiatra
FECHA DE EXAMEN	2023-07-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA	Identificación CC	Nro 1093212872		
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA-INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-07-28 07:03:32	**Fecha Salida**	2023-07-28 07:03:47		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

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		
SIN CORRECCION OD	20/20	
SIN CORRECCION OI	20/20	
SIN CORRECCION AO	20/20	
VISION PROXIMA		
SIN CORRECCION OD	0.50 cm	0.50M
SIN CORRECCION OI	0.50 cm	0.50M
SIN CORRECCION AO	0.50 cm	0.50M
ESTENOPEICO		

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	CONJUNTIVA SANA, CORNEA TRASPARENTE, IRIS SANO, CRISTALINO TRANSPARENTE.
OI	CONJUNTIVA SANA, CORNEA TRASPARENTE, IRIS SANO, CRISTALINO TRANSPARENTE.

COVER TEST

LEJOS	ORTO
CERCA	ORTO
HIRSCHBERG	CENTRADO
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	EXCAVACION 0.3, EMERGENCIA VASCULAR NORMAL. ADECUADA RELACION ARTERIA VENA, RETINA APLICADA, NERVIO OPTICO CON BORDES DEFINIDOS, MACULA LIBRE DE VASOS Y BRILLO FOVEOLAR PRESENTE
OI	EXCAVACION 0.3, EMERGENCIA VASCULAR NORMAL. ADECUADA RELACION ARTERIA VENA, RETINA APLICADA, NERVIO OPTICO CON BORDES DEFINIDOS, MACULA LIBRE DE VASOS Y BRILLO FOVEOLAR PRESENTE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-0.25 ESF
DINAMICA	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	NEUTRO
DINAMICA	NEUTRO

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	SI
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.

Johana Sánchez Y.
Optometra
T.P. 1.126.589.974

JOHANA SANCHEZ YATE
RM: 1126589974

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
CC 1093212872

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención: 2023-07-28 **Fecha impresión: 2023-07-28**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA		
Identificación	CC	**Nro**	1093212872
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37
Genero	M	**RH**	A +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Tecnico
Estrato	2	**Ciudad**	Pereira
Direccion	direccion	**Telefono**	3205883410
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	CONTRATISTA-INSTRUCTOR
Ciudad - Sede	Pereira	**Sede**	CENDIATRA PEREIRA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
CUESTIONARIO	
TEXTO1	
TEXTO2	
1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?	NO
TEXTO3	
2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?	NO APLICA
TEXTO4	
8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?	NO
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	83.2
TALLA (CM)	167
IMC (M2)	29.83
CLASIFICACION	Sobrepeso
FC (MIN)	83
TA (MMHG)	128/80
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	
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:

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención: 2023-07-28 **Fecha impresión: 2023-07-28**

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



DOLY ALEJANDRA ROBAYO ROJAS
RM: 46451203
Firma y sello del médico evaluador

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
Documento: CC 1093212872
Firma del trabajador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención: 2023-07-28 **Fecha impresión: 2023-07-28**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA		
Identificación	CC	**Nro**	1093212872
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37
Genero	M	**RH**	A +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Tecnico
Estrato	2	**Ciudad**	Pereira
Direccion	direccion	**Telefono**	3205883410
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	CONTRATISTA-INSTRUCTOR
Ciudad - Sede	Pereira	**Sede**	CENDIATRA PEREIRA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION	
OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ACTIVIDADES EXTRALABORALES	
COSTURA	NO
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	NO
ACTIVIDADES HOGAR	NO
ACTIVIDADES MANUALES	NO
ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	
ESPECIFICOS	
ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
OSTEOARTRITIS	NO
AMPUTACIONES	NO
ENF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
LIMITACION FUNCIONAL	NO
SD TUNEL CARPO	NO
ENF DE LA COLUMNA	NO
CERVICALGIA	NO
LUMBALGIA	NO
MIALGIAS	NO
TENDINITIS	NO
RADICULOPATIAS	NO
TENDINITIS BURSITIS	NO
ESGUINCES	NO
FRACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO
DESCRIPCION	
EXAMEN FISICO	
COLUMNA INSPECCION	
POSTURA	NORMAL
ALINEACION	NORMAL
SIMETRIA	NORMAL
ESCOLIOSIS	NORMAL
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES	
OBSERVACIONES	
EXTREMIDADES	
HOMBRO	NORMAL

BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	
PRUEBAS ESPECIFICAS	
PRUEBA DERECHA	
DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
PRUEBA IZQUIERDA	
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



DOLY ALEJANDRA ROBAYO ROJAS
RM: 46451203
Firma y sello del médico evaluador

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
Documento: CC 1093212872
Firma del trabajador

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/07/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA PEREIRA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 18 - 33 Consultorio 205 Piso 2
TELÉFONO	(6) 3400689	**EMAIL**	citas.pereira@cendiatra
FECHA DE EXAMEN	2023-07-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA	Identificación CC	Nro 1093212872		
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	37	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA-INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-07-28 07:37:47	**Fecha Salida**	2023-07-28 07:45:19		

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

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	CONTRATISTA-INSTRUCTOR
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	INSERCION

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	DOCENTE
TIEMPO EN EL CARGO	2 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICIÒN BILATERAL NORMAL

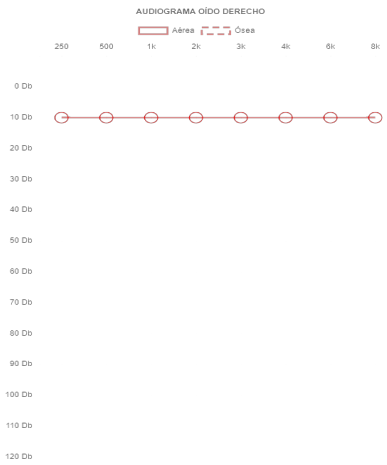
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

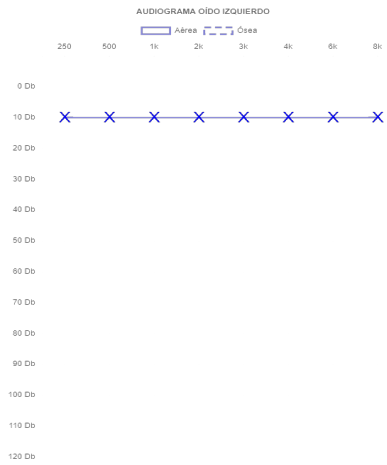
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO

CONTROL AUDITIVO EN	SI
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO





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	10			10			10			10			10			10			10			10		
OI	10			10			10			10			10			10			10			10		

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

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO

DESCRIPCION	CONTRATISTA-INSTRUCTOR
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	INSERCION

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	DOCENTE
TIEMPO EN EL CARGO	2 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNA

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	10

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICIÒN BILATERAL NORMAL

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
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

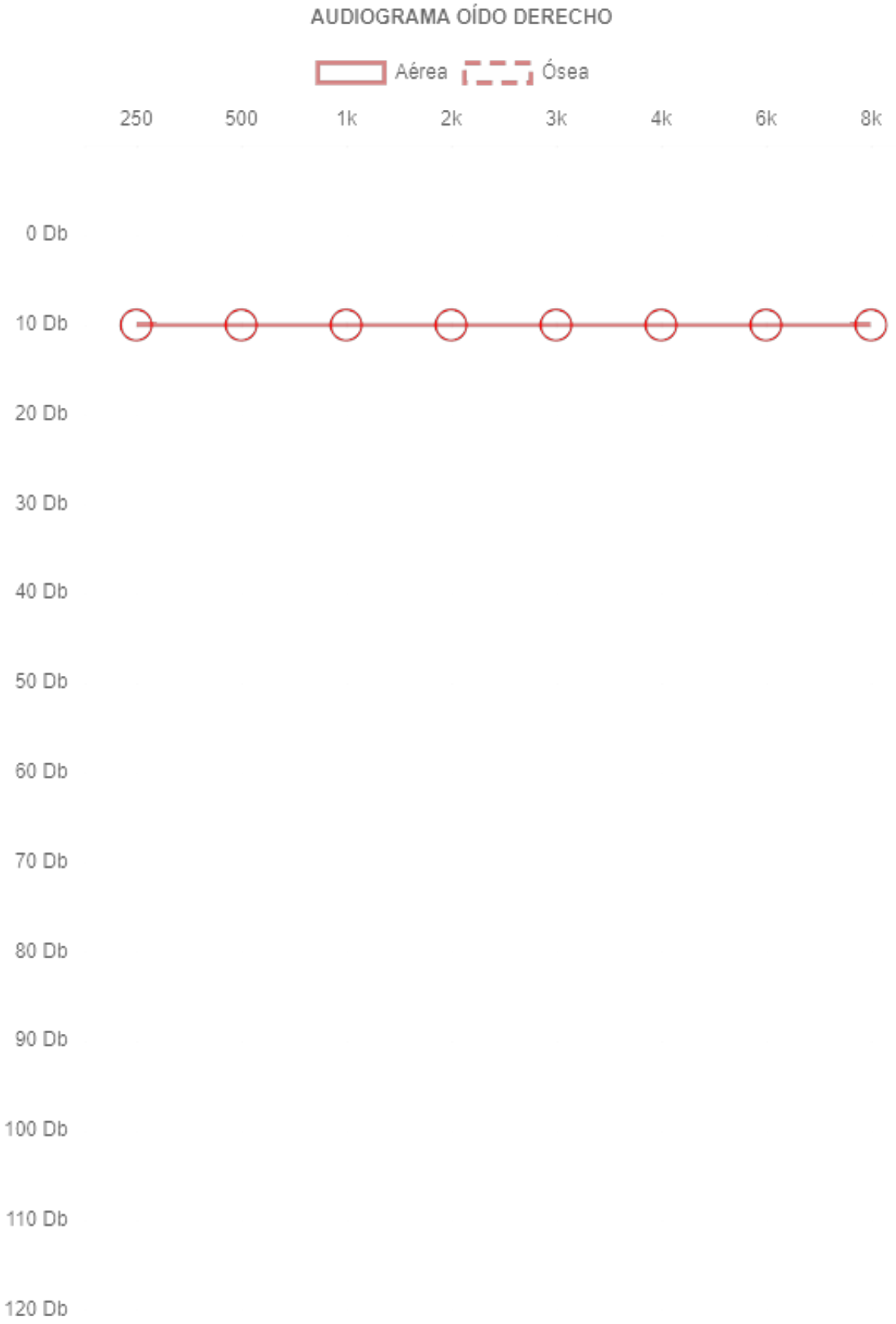
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

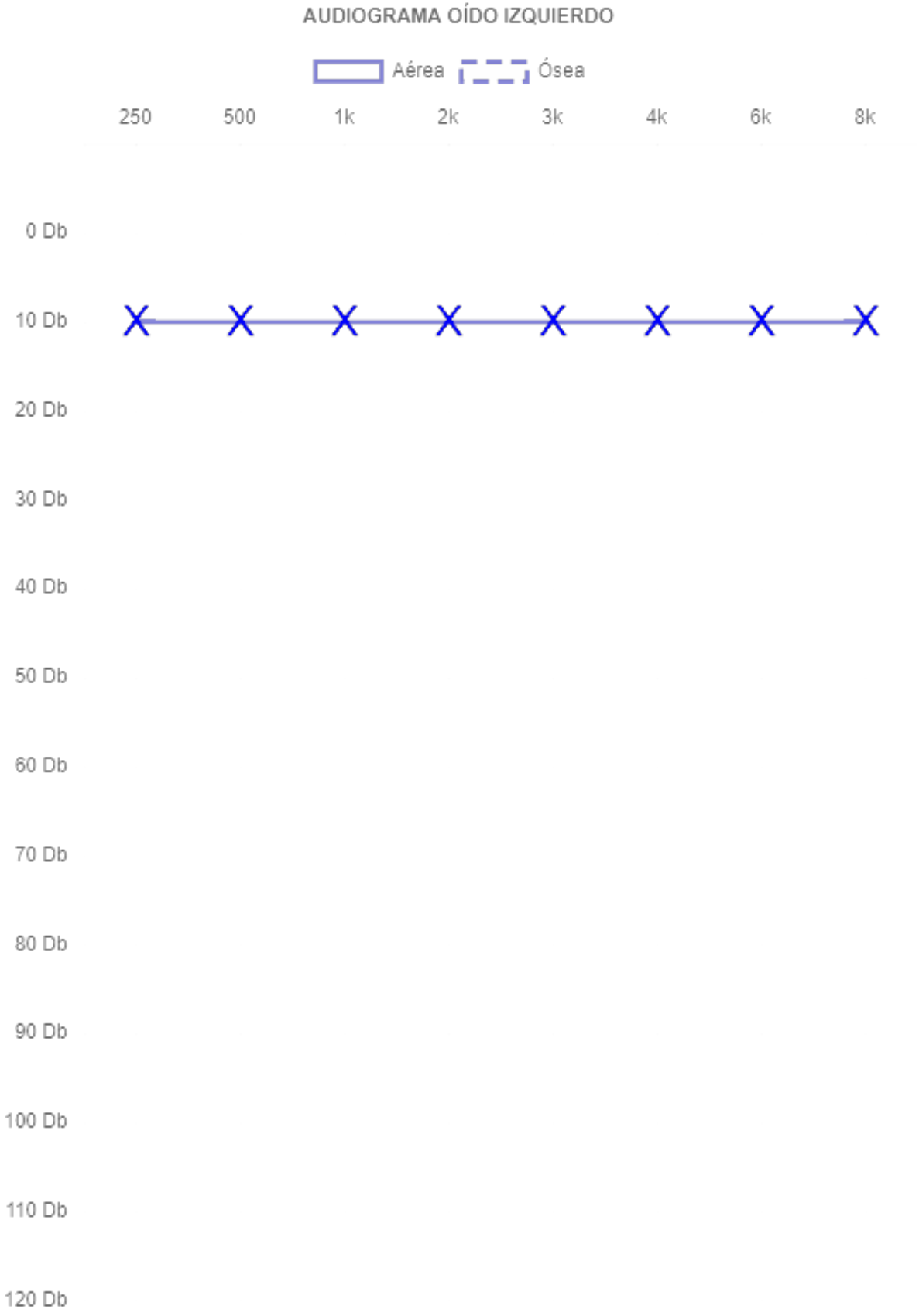
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos 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.



JAIRO ANDRES CERON ZUÑIGA
RM: 1061721272
Firma y sello del médico evaluador

HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA
CC 1093212872
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

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-07-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	HERNAN ALONSO VALENCIA GARCIA		
Identificación	CC	**No. Documento**	1093212872
Fecha de Nacimiento	1986-07-31	**Edad**	36 años 11 meses 28 dias
Sexo	M	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-07-28 06:50:00	**Sede**	CENDIATRA PEREIRA

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	92	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	169	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

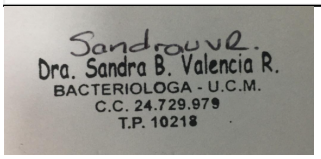
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	258	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	39	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	78.4	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



SANDRA BIBIANA VALENCIA RINCON
24729979
Firma y sello del médico evaluador