

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.135

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	04 MES	2023 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS COMPLETO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 5 MESES 29 DÍAS	CC	1085246474
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
INSTRUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE PARA EL CARGO DE LA EMPRESA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		SIN RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA				✓			
AUDIOMETRÍA				✓			
OPTOMETRÍA				✓			
PERFIL LIPIDICO				✓			
CUADRO HEMATICO				✓			
GLICEMIA				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
			CAPACITACIÓN				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE LA VOZ ,MANTENER HIDRATACION DIARIA, UTILIZAR BIEN LOS RECURSOS VOCALICOS, CUMPLIR NORMAS DEL SGSST, CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL, AUTOCUIDADO FRENTE A SARS COV 2.</p> <p>-SE SUGIERE AUTOCUIDADO FRENTE AL SARS COV 2. NO PRESENTA PREEXISTENCIAS, NO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS SOSPECHOSOS COVID 19, UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. CUMPLIR LAS NORMAS DEL SGSST, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN A RIESGO. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER PAUSAS VISUALES, INTERCALAR EL USO DE MOUSE ENTRE MANO DERECHA E IZQUIERDA.</p>							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: DIAZ CORDOBA FLOR CATHERINE				Nombre: JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY			

R. M.: 1087959721 L.S.O.: 2452-2021 Código de Seguridad CC: 1085246474

B1097H1N9135


Paciente : KARINA NATHALY JIMENEZ PADILLA

Identificación : CC 1085246474

Edad / Sexo : 37 A / FEMENINO

Telefono : 3007877663 /

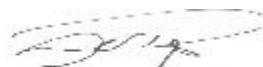
Aseguradora :

Codigo : 02086957

Fecha Ingreso : 2023-04-21 08:10:29

Fecha Impresión : 2023-04-21 17:44:44.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO TIPO V				
LEUCOCITOS	4.6	10^3/mm^3	5.0	10.0
ERITROCITOS	4.81	10^6/mm^3	3.80	5.80
HEMOGLOBINA	14.5	g/dL	11.0	16.5
HEMATOCRITO	47.1	%	35.0	50.0
PLAQUETAS	367	10^3/mm^3	150	450
PLAQUETOCRITO	0.350	%	0.100	0.500
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	97.8	umm^3	80	97
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.1	pg	26.5	33.5
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CM	30.7	g/dL	31.5	35.0
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	13.7	%	10.0	15.0
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.6	uM^3	6.5	11.0
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	15.8	%	10.0	18.0
LINFOCITOS %	36.0	%	17.0	48.0
MONOCITOS %	8.7	%	4.0	10.0
GRANULOCITOS %.....	55.3	%	43.0	76.0
NUMERO DE LINFOCITOS	1.7	10^3/mm^3	1.2	3.2
NUMERO DE MONOCITOS	0.4	10^3/mm^3	0.3	0.8
NUMERO DE GRANULOCITOS	2.5	10^3/mm^3	1.2	6.8
TECNICA WESTERGREEN 1 HORA.				
RECuento MANUAL				


LINA MERCEDES VALLEJOS
Bacteriologa
Reg. N°. 448
LINA MERCEDES VALLEJOS
BACTERIOLOGA
2023-04-21 12:52:51
T.PREG. N. 448
ORINAS

* La interpretación de este y todo análisis de laboratorio corresponde exclusivamente al médico*

¡ Su salud en buenas manos, en un mundo de servicios !

Teléfonos: 7364677 – 7364851 Cels: 3006171722 – 3106452411 - E-mail : atencionalusuarioldv@gmail.com - labovalle@hotmail.com - Calle 21 No.30 - 29 B/ Las Cuadras



02086957

Página

: 2 De 3

Paciente : KARINA NATHALY JIMENEZ PADILLA

Identificación : CC 1085246474

Edad / Sexo : 37 A / FEMENINO

Telefono : 3007877663 /

Codigo : 02086957

Fecha Ingreso : 2023-04-21 08:10:29

Fecha Impresión : 2023-04-21 17:44:44.

Aseguradora :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ORINAS			
PARCIAL de ORINA			
EXAMEN FISICO			
COLOR.....:	AMARILLO		
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIA		
DENSIDAD.....:	1025		
PH.....:	5.0		
EXAMEN QUIMICO			
GLUCOSA	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
HEMOGLOBINA.....:	NEGATIVO		
C. CETONICOS	NEGATIVO		
PIGMENTOS BILIARES	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
NITRITOS	NEGATIVO		
EXAMEN MICROSCOPICO			
C. EPITELIALES	10-15XC		
LEUCOCITOS	3-5XC		
BACTERIAS	++		
CRISTALES.....:	OXALATO DE CALCIO: ++		



LINA MERCEDES VALLEJOS
BACTERIOLOGA T.PREG. N. 448
2023-04-21 12:29:32

QUIMICA CLINICA

COLESTEROL TOTAL: 159.7 mg/dl

Intervalo Biológico de Referencia:

NORMAL: MENOR DE 200 mg/dl

MODERADO: 200 - 239 mg/dl

ALTO: MAYOR DE 240 mg/dl

* La interpretación de este y todo análisis de laboratorio corresponde exclusivamente al médico*

; Su salud en buenas manos, en un mundo de servicios !

Teléfonos: 7364677 – 7364851 Cels: 3006171722 – 3106452411 - E-mail : atencionalusuarioldv@gmail.com -
labovalle@hotmail.com - Calle 21 No.30 - 29 B/ Las Cuadras



LABORATORIOS DEL VALLE S.A.S.

Calle 21 No. 30 - 29 B/ Las Cuadras

Pasto - Nariño



02086957

Página

: 3 De 3

Paciente : KARINA NATHALY JIMENEZ PADILLA

Identificación : CC 1085246474

Edad / Sexo : 37 A / FEMENINO

Telefono : 3007877663 /

Aseguradora :

Codigo : 02086957

Fecha Ingreso : 2023-04-21 08:10:29

Fecha Impresión : 2023-04-21 17:44:44.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
QUIMICA CLINICA				
COLESTEROL HDL.....:	40.2	mg/dl		
Intervalo Biológico de Referencia				
MUJERES: RIESGO NORMAL 45 - 65				
MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65				
HOMBRES: RIESGO NORMAL 35 - 55				
HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 65				
GLICEMIA BASAL	92.7	mg/dl	70	110
TRIGLICERIDOS.....:	49.0	mg/dl		
Intervalo Biológico de Referencia				
NORMAL: MENOR DE 200 mg/dl				
MODERADO: 200 - 239 mg/dl				
ALTO: MAYOR DE 240 mg/dl				

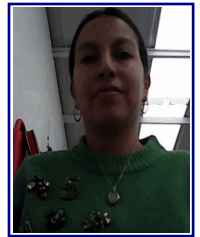
LINA MERCEDES VALLEJOS
Bacteriologa
Reg. N°. 448

LINA MERCEDES VALLEJOS
BACTERIOLOGA T.PREG. N. 448
2023-04-21 12:28:38

* La interpretación de este y todo análisis de laboratorio corresponde exclusivamente al médico*

¡ Su salud en buenas manos, en un mundo de servicios !

Teléfonos: 7364677 – 7364851 Cels: 3006171722 – 3106452411 - E-mail : atencionalusuarioldv@gmail.com -
labovalle@hotmail.com - Calle 21 No.30 - 29 B/ Las Cuadras



HISTORIA CLÍNICA DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 163

Municipio:	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	Fecha:	21/04/2023	Nombre:	JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY		
CC:	1085246474	Dirección:	CR 33 C 1 A 07	Teléfonos:	30078776636 -		
Edad:	37 AÑOS 6 MES	Genero:	FEMENINO	Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Aseguradora:	SANITAS
Acompañante:	N	Parentesco:	N	Teléfono:	N		
Motivo Consulta:	OCUPACIONAL	Última Revisión:	N				

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN

AMBOS OJOS: NO REVISADO	AV VL 25	AV VP 20
OJO DERECHO: NO REVISADO	AV VL 25	AV VP 20
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO	AV VL 40	AV VP 40

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN

AMBOS OJOS: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 20
OJO DERECHO: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 20
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 20

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL

RX EN USO

	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO DERECHO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
AMBOS OJOS		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
OJO IZQUIERDO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A

COVER TEST (CT)

VISIÓN LEJANA: NORMAL
VISIÓN PRÓXIMA: NORMAL

KERATOMETRÍA

OJO DERECHO: K' =
OJO IZQUIERDO: K' =

REFRACTOMETRÍA

OJO DERECHO: NO REVISADO
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO

RETINOSCOPIA

	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO IZQUIERDO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
OJO DERECHO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO DERECHO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
OJO IZQUIERDO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A

RX FINAL (FORMULACIÓN)

Esfera	Cilindro	Eje	DP
--------	----------	-----	----

OJO IZQUIERDO	NEUTRO	1.75	0	32	AV VL 20	AV VP 20	ADD	N/A
OJO DERECHO	NEUTRO	0.75	0	31	AV VL 20	AV VP 20	ADD	N/A

OFTALMOSCOPIA.

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO NORMAL

OJO DERECHO: FONDO DE OJO NORMAL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

PRÓXIMO CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TIPO DE LENTE	MATERIAL	COLOR	FILTRO	MONTURA	OBSERVACIONES

EVOLUCIONES

OPTOMETRA

TRABAJADOR

Firma: 
Nombre: BUCHELI OBANDO ADRIANA ISABELA
R. M.: 2791 L.S.O.:

Firma: 
Nombre: JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY
CC: 1085246474

TAMIZAJE FONIATRIA**DATOS PERSONALES****NOMBRE** KARINA NATALY JIMENEZ PADILLA **IDENTIFICACION** 1.085.246.474**SÍNTOMAS****Sensaciones subjetivas concernientes a la fonación**

Disfonía: nota su voz Ronca ___X___ Desagradable___ Normal___
 volumen de su voz? ¿Bajo ___ Alto ___X___ Cambia de volumen ___ SI ___ Inicia sin volumen ___
 Presenta afonías? ¿Sí ___ No ___X___ Fatiga al hablar? Sí___ No ___X___ Habla en ambiente
 ruidoso? Sí___X___ No___

Sensaciones subjetivas en el órgano vocal

Presenta sensación de cuerpo extraño? Carraspeo___X___ Tos___ Picor___ irritación___
 Dolor___ Secreciones___ Tensión muscular- Apretamiento___ opresión___
 respiratoria___ ahogo___ resequedad___ fatiga___ Ardor___ Sensación de taco___X___

Variaciones de los síntomas

Disfonía o síntomas aparecen cuando Utiliza la voz: Si___ No___X___
 su voz es peor: Mañana___ Noche___X___ Su voz es mejor: Mañana___X___ Noche___
 Le afecta el clima: Si___ No___ Stress: Si___ No___ Gastritis: Si___X___ No___ Virosis: Si___ No___
 Alt hormonales___ Alt postura___ Alt respiratorias___ Alt oclusión___ **RGE** PRESENTE___
 Alt por sistemas___

INFORMACION SOBRE EL USO DE LA VOZ

Cuanto tiempo habla diariamente?_TODO EL DIA
 Entorno Laboral_RUIDOSO___
 Entorno Familiar___
 Fin de semana:___
 Velocidad habla: Normal___X___Rápido___Lento___ Abusa de la voz diariamente: Si
 No___

HÁBITOS

Desayuno: DIETA ADECUADA
 Merienda: DIETA ADECUADA
 Almuerzo: DIETA ADECUADA
 Merienda: DIETA ADECUADA
 Cena: DIETA ADECUADA
 Hidratación: si___X___no___Que?___AGUA___Temperatura_NORMAL___
 Hábitos nocivos: Alcohol___Fuma___Otro___
 Sueño: Estable___X___Intranquilo___Realiza siesta___Deporte___

CARACTERÍSTICAS DEL HABLA

Prosodia: Expresiva___X___Inexpresiva___
 Ritmo de habla: Normal___X___Lento___Rápido___
 Fluidez: Normal___X___Alterada___
 Dicción: Correcta___X___Alterada___Por___

- Tiempo máximo de fonación (TMF)

A	I	U	Promedio segundos	Normal	Ruptura	Temblor	Espasmos
20	15	20		X			

- Eficiencia de cierre glótico: (EG) TMF/Tiempo esperado.

TMF __25__ Seg/ Soplo __15__ Seg = Tiempo esperado 1,0 _____
 (normal 0,7 - 1,0)

Modalidad de la nota o el sonido (con emisión sostenida de una vocal)

Ataque: Normal __X__ Débil _____ Fuerte _____

Cuerpo: Normal __X__ Acortada _____ Alargado _____ Bitonal _____ Irregular _____

Filatura: Normal _____ Trunca _____ Apagada __X__

ACTITUD CORPORAL

Postura: Verticalidad: Si __X__ No ____.

Simetría facial: Si __X__ No ____

Cintura escapular: abducción _____ Aducción _____ Alineado _____ Elevación de hombros: Der ____
 Izq ____

RESPIRACIÓN

Prueba de Glatzel: Simetría: Si __X__ No _____ Permeabilidad: Si __X__ No _____

Obstrucción: Derecha __X__ Izquierda _____/ Leve __X__ Moderado _____ Severa _____

Rosenthal: Se realizan 5 respiraciones por cada narina ocluyendo la narina contraria.

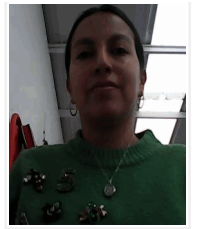
Obstrucción: Si __X__ No _____

Por cual narina se le dificulta respirar: Narina izq _____ Narina dere _____ X _____

Sensación: Normal _____ Ahogo _____ Cansancio __X__

Modo respiratorio: En reposo: Nasal __X__ Oral _____ Mixto con predominio oral _____ Mixto con predominio nasal _____.

Daniela Mideros Paredes
Fonoaudióloga
 C.C. 1.085.340.872
 Reg. 4269



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 4079

Fecha: 21/04/2023 Ciudad: PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS COMPLETO Eps: SANITAS
CC: 1085246474 Nombre: JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY Edad: 37 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 21/10/1985 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTORA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
PARTICULARES	INSTRUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

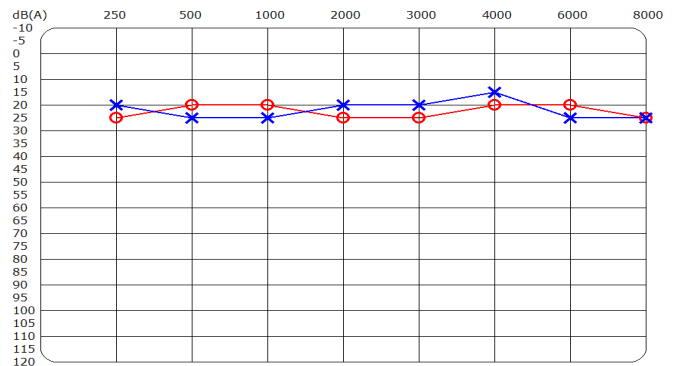
Descanso auditivo(Horas): 8 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AUDIOMETRO MAICO F. Última Calibración: 2022-12-16

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE NORMAL
Oído izquierdo: CAE NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	20	20	25	25	20	20	25
VAOI	20	25	25	20	20	15	25	25



PTA Oído derecho: 22.50

PTA Oído izquierdo: 22.50

SEVERIDAD - CAOHC

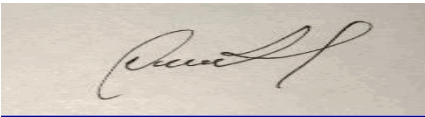
Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 
Nombre: MIDEROS PAREDES DANIELA ESTEFANIA
R. M.: 1085340872 L.S.O.:



Código de Seguridad
S1097Y2E4079

TRABAJADOR

Firma: 
Nombre: JIMENEZ PADILLA KARINA NATHALY
CC: 1085246474