

**SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO**

CERTIFICACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL  
RESOLUCION 2346/07

**FECHA** Popayán , 18 de Enero de 2022

**EMPRESA** Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA

**NOMBRES Y APELLIDOS:** María Deisy Falla

C.C: 4547920 Expedida en Popayán Edad: 55 años

Estado civil: S C ☒ UL Hemoclasificación: O+ ☒ O - \_\_ A+ \_\_ A- \_\_ B+ B- \_\_ AB+ \_\_ AB- \_\_

Escolaridad S T Tg ☒ U Esp Mg

Cargo: Instructora

Centro : Comercio y Servicios

**AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

EPS: SOS

ARL : Positiva

Pensiones : Porvenir

**TIPO DE EXAMEN MÉDICO – ENFASIS OSTEMUSCULAR**

Ingreso: ☒

El trabajador tiene valoración reciente por optometría para actualizar diagnóstico.

**CONCEPTO DE APTITUD APTO**

Con recomendaciones SI NO ☒ Temporales \_\_ Tiempo \_\_ Permanentes \_\_

Con restricciones SI \_\_ NO ☒ Temporales \_\_ Tiempo \_\_ Permanentes \_\_

**RECOMENDACIONES LABORALES**

Seguimiento de Salud Ocupacional SI No ☒

Educación Postural ☒ Higiene Visual ☒ Pausas Activas ☒ Uso de anteojos ☒

Uso adecuado de Elementos de Bioseguridad ☒ Vacunación COVID-19 ☒

**RECOMENDACIONES GENERALES**

Dieta X

Actividad Física Regular X

**EXPOSICION A PELIGROS OCUPACIONALES**

Biomecánico ☒ Visual X Físico Seguridad Psicosocial X Químico  
Biológico Trabajo en alturas

**INGRESO A PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Biomecánico ☐ Físico Visual ☒ Psicosocial ☐ Químico ☐ Cardiovascular



**ELSA MARLENE OSORIO MUÑOZ**

Medica Esp. G. S. O

CC. 34.533.693

Licencia S.O. 034/01 – 12



**NOMBRE DEL TRABAJADOR**

MARIA DEISY FALLA VASQUEZ

CC. 34547920

# Certificado de Vacunación

Institución: Comfacaucá IPS  
Nombre: Maria Deisy Falla  
Identificación: 34.547.920 Tel: \_\_\_\_\_

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No.  | Firma Vacunador |
|--------|-------|------------------|-----------|-----------------|
| Hep B  | 1     | 21-03-23         | 03A24008E | Daniela         |
|        | 2     | 21 abril 23      |           |                 |
|        | 3     |                  |           |                 |

Cortesía de Sanofi Pasteur



Dr. Leonardo Africany Villamil  
Optómetra - Reg 01 Cauca

## Ficha de Evaluación Ocupacional



Fecha: 27-dic.-22 Nombre: María Deisy Falla Vasquez ID: 34547920 . Edad: 57 ☐ Sexo Tel: 3146528617

Entidad: SENA

Area de Trabajo:

Cargo: Artesanias

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☒ Gafa ☐ VL ☒ VP

Tipo de gafa que usa: Monofocal

último control : Más de 1 año

### Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av VI ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

### Riesgos

☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

### Ocupacionales

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion día:

Tiempo de exposicion acumulado:

### Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☒ AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O: 20/20 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal

Visión Binocular Foria VL:

### Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☒ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: Sin cambios

Rx OI: Sin cambios

Av OI:

Add OD:

Av:

Visión del Contraste OD: Normal

Visión del Contraste OI: Normal

Add OI:

AV:

Gafa Recomendada:

### Presión Intra Ocular:

PIO OD: 12

PIO OI: 12

Papila OD: Normal

Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Presbicie

Dx Vision Binocular:

Dx Patologia:

Evaluated Por: Africany

☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Usa OD +1,00-050\*60 Add 1,25; OI +1,00 Add 1,25 Ocupacional. Se recomienda el uso de la gafa en Vp



## LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA  
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.  
Psicóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.  
Bacterióloga

Nombre : **Maria**  
Identificación : **MATIA DEISY FALLA VASQUEZ**  
Edad : **34597920 34547920**  
Entidad : **57 años**  
Fecha toma de muestra : **Comfacauca IPS**  
Fecha informe de muestra : **Diciembre 16/2022**  
Diciembre / 2022

### EXAMEN SOLICITADO

### RESULTADO

### V/R DE REFERENCIA

Glicemia Basal : 84 mg/dl 50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.  
Bacterióloga Especializada  
Universidad Javeriana  
16.12.22

α



U6023272

Página 1 de 2

|                 |                           |                  |                     |
|-----------------|---------------------------|------------------|---------------------|
| Sede:           | POPAYAN                   | Fecha Recepción: | 2023-03-04 06:34:31 |
| Orden No.       | U6023272                  | Fecha Impresión: | 2023-03-11 09:49:25 |
| Paciente:       | MARIA DEISY FALLA VASQUEZ | Médico:          | viva1a ips popayan  |
| Identificación: | 34547920                  | Edad/Sexo:       | 56 A / F            |
| Convenio:       | SOS                       |                  |                     |

| ANÁLISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|----------|-----------|----------|-----------------------|
|----------|-----------|----------|-----------------------|

**QUÍMICA**

Colesterol Total 194 ✓ mg/dL 0 200

Deseable : 0 - 200

Límite : 200 - 239

Alto : 240 - 675

Metodología: Enzimático Colorimétrico  
Colesterol de Alta Densidad - HDL

38.00 ✓ mg/dL 40 60

Metodología: Enzimático colorimétrico

Colesterol de Baja Densidad - LDL

93.4 ✓ mg/dL

Óptimo : 0 - 100

Casi Óptimo : 101 - 129

Moderado : 130 - 159

Elevado : 160 - 189

Muy Elevado : 190 - 1000

Metodología: Cálculo matemático

Triglicéridos 310 ↑ mg/dL

Normal: 0 a 150

Límite alto: 151 a 199

Alto: 200 a 499

Muy alto: Mayor a 500

Metodología: Enzimático colorimétrico

Glucosa 91 ✓ mg/dL 70 110

Metodología: Enzimático Colorimétrico

Creatinina 0.69 ✓ mg/dL 0.5 1.1

Metodología: Colorimétrico Clínico

Observación Se sugiere correlacionar con la historia clínica del paciente DATO

CARLOS JULIO LONDOÑO GORDILLO.

BACTERIOLOGO

T.P.: 1049795457

Validación 07/03/2023 10:14 AM



U6023272

Página 2 de 2

|                 |                           |                  |                     |
|-----------------|---------------------------|------------------|---------------------|
| Sede:           | POPAYAN                   | Fecha Recepción: | 2023-03-04 06:34:31 |
| Orden No.       | U6023272                  | Fecha Impresión: | 2023-03-11 09:49:25 |
| Paciente:       | MARIA DEISY FALLA VASQUEZ | Médico:          | viva1a ips popayan  |
| Identificación: | 34547920                  | Edad/Sexo:       | 58 A / F            |
| Convenio:       | SOS                       |                  |                     |

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|----------|-----------|----------|-----------------------|
|----------|-----------|----------|-----------------------|

*[Handwritten Signature]*

DIEGO FELIPE GARCIA RIAÑO  
BACTERIOLOGO  
T.P.: 1072706000  
Validación 06/03/2023 11:38 AM

# UROANALISIS

## UROANALISIS

### EXAMEN FISICO QUIMICO

|               |                        |               |
|---------------|------------------------|---------------|
| Glucosa       | 0 mg/dL (Negativo)     | <10 mg/dL     |
| Proteínas     | 0 mg/dL (Negativo)     | <15 mg/dL     |
| Bilirrubinas  | 0 mg/dL (Negativo)     | <0.5 mg/dL    |
| Urobilinogeno | 0 mg/dL (normal)       | <2.0 mg/dL    |
| pH            | 5.5                    | 5.0 - 7.0     |
| Densidad      | 1.010                  | 1.005 - 1.030 |
| Sangre        | 0 mg/dL (Negativo) (-) | <0.03 mg/dL   |
| Cetonas       | 0 mg/dL (Negativo)     | <10 mg/dL     |
| Nitritos      | Negativo               | Negativo      |
| Leucocitos    | 75c/uL (2+)            | <25 Leu/uL    |

### EXAMEN MICROSCOPICO

\* A partir del 13 de Mayo de 2019 por cambio en plataforma tecnológica se cambian los valores de referencia para esta  
HPF: High Power Field - Partículas por campo de alto poder.  
Metodología: Sistema fotométrico por refractancia. Lectura microscópica por Citometría de Flujo Fluorescente.

*[Handwritten Signature]*

SILVIA MALENA REYES DIAZ  
BACTERIOLOGA  
1016081464  
Validación 06/03/2023 10:39 AM

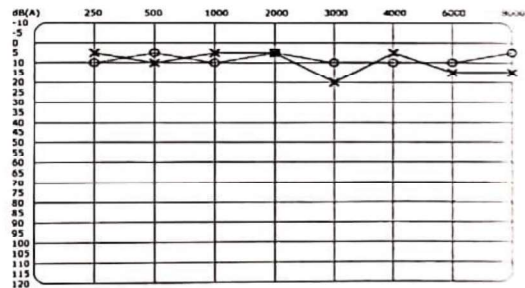


CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA  
**comfaca**  
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0  
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo  
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada  
Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860  
E-mail: [ips@comfaca Cauca.com](mailto:ips@comfaca Cauca.com)

## AUDIOMETRIA

| DATOS PERSONALES                                                                                                        |                                  | Atención N°: 23991          |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|----|----|
| Fecha:                                                                                                                  | 27/12/2022                       | Ciudad:                     | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)             |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Tipo Examen:                                                                                                            | LABORATORIOS                     | Eps:                        |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| CC:                                                                                                                     | 34547920                         | Nombre:                     | FALLA VASQUEZ MARIA DEISY             |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Edad:                                                                                                                   | 56 AÑOS 9 MESES 0 DÍAS           | Genero:                     | FEMENINO                              |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Fecha Nacimiento:                                                                                                       | 20/06/1966                       | Empresa:                    | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SE |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Ocupación:                                                                                                              | INSTRUCTORA                      |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES                                                                                        |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Empresa                                                                                                                 | Cargo                            | Tipo de Protección          | Tolerancia                            |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| NO REPORTA                                                                                                              | NO REPORTA                       | NINGUNA                     | NO APLICA                             |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Años                                                                                                                    |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Meses                                                                                                                   |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| 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                       | NO REFIERE                            |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| 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                        | NO REFIERE                            |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| SERVICIO MILITAR                                                                                                        | NO REFIERE                       |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA                                                                                        |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Descanso auditivo(Horas):                                                                                               | Realizó re test:                 | Uso Cabina Sonoamortiguada: | SI                                    |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Marca y Referencia audiómetro utilizado:                                                                                | AMPLIVOX 116                     | F. Última Calibración:      | 2022-03-14                            |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| <input type="radio"/> : Vía aérea del OD <input checked="" type="radio"/> : Vía aérea del OI                            |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| <input type="radio"/> : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD) <input type="radio"/> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI) |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| OTOSCOPIA                                                                                                               |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Oído derecho:                                                                                                           | NORMAL                           |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Oído izquierdo:                                                                                                         | NORMAL                           |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| dB(A) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000                                                                             |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| VAOD                                                                                                                    | 10                               | 5                           | 10                                    | 5                                                                                                                    | 10        | 10                        | 10 | 5  |
| VAOI                                                                                                                    | 5                                | 10                          | 5                                     | 5                                                                                                                    | 20        | 5                         | 15 | 15 |
| PTA Oído Derecho                                                                                                        |                                  |                             |                                       | PTA Oído Izquierdo                                                                                                   |           |                           |    |    |
| 7.50                                                                                                                    |                                  |                             |                                       | 10.00                                                                                                                |           |                           |    |    |
| SEVERIDAD - CAOHC                                                                                                       |                                  |                             |                                       | Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)                                                                                    |           |                           |    |    |
| Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)                                                                                         |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Código                                                                                                                  | Nombre del Diagnóstico           |                             |                                       | Oído                                                                                                                 | Origen    | Tipo                      |    |    |
| Z011                                                                                                                    | EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN |                             |                                       | AMBOS                                                                                                                | NO APLICA | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |    |    |
| RECOMENDACION                                                                                                           |                                  |                             |                                       | OBSERVACION                                                                                                          |           |                           |    |    |
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO                                                                                              |                                  |                             |                                       |                                                                                                                      |           |                           |    |    |
| Observaciones                                                                                                           |                                  |                             |                                       | PREVIA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) SE OBTIENE: |           |                           |    |    |
| ID. SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL                                                                   |                                  |                             |                                       | FONOAUDIÓLOGO                                                                                                        |           |                           |    |    |



Firma: *García Rivera Sandra Patricia*  
Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA  
R. M.: 655385 L.S.O.: \_\_\_\_\_

Código de Seguridad  
T670Z2F23991

TRABAJADOR

Firma: *Maria Deisy Falla V.*  
Nombre: FALLA VASQUEZ MARIA DEISY  
CC: 34547920

|                                                                                   |                                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
|  | COMFAUCA IPS                           | Página 1 de 2             |
|                                                                                   | SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA             | Revisión: 1               |
|                                                                                   | VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ | Fecha emisión: 02/02/2021 |
|                                                                                   |                                        |                           |

**VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ**

**1. IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE: FALLA VÁSQUEZ MARÍA DEISY

CÉDULA: 34547920

FECHA DE NACIMIENTO: 20 / junio / 1966

EDAD: 56 AÑOS.

FECHA DE EVALUACIÓN: 27 / diciembre / 2022

2. MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que asiste al servicio de fonoaudiología para valoración fonológica por control laboral.

**3. ANTECEDENTES DE SALUD:**

|                         | SI | NO |                             | SI | NO |
|-------------------------|----|----|-----------------------------|----|----|
| Alergias                |    | X  | Faringitis/laringitis       |    | X  |
| Rinitis                 |    | X  | Tiroides                    |    | X  |
| Reflujo faringolaríngeo |    | X  | Antecedentes respiratorios  |    | X  |
| Asma                    |    | X  | Resfriados frecuentes       |    | X  |
| Disfonías recurrentes   |    | X  | Cirugías a nivel del cuello |    | X  |
| OTROS:                  |    |    |                             |    |    |

**3. HABITOS**

|                              | SI | NO |                                        | SI | NO |
|------------------------------|----|----|----------------------------------------|----|----|
| Fumador                      |    | X  | Consume agua durante la jornada diaria | X  |    |
| Consume bebidas alcohólicas  |    | X  | Levanta la voz con frecuencia          |    | X  |
| Consume alimentos irritantes |    | X  | Hace reposo vocal                      |    | X  |
| Consume café                 | X  |    | Se estresa con facilidad               |    | X  |
| Carraspea constantemente     |    | X  | Esfuerza la voz                        |    | X  |
| OTROS:                       |    |    |                                        |    |    |

**4. SÍNTOMAS VOCALES**

|                                                                          | SI | NO |                                                                                          | SI | NO |
|--------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Siente que su voz suena ronca                                            |    | X  | Siente pérdida de aire cuando habla                                                      |    | X  |
| Alguna vez ha presentado pérdida total de la voz (Afonía)                |    | X  | La voz suena distinta a lo largo del día                                                 |    | X  |
| Carraspea constantemente                                                 |    | X  | Siente que su garganta permanece seca y suena quebrada cuando habla y/o realiza su labor |    | X  |
| Siente la sensación de cuerpo extraño en la garganta                     |    | X  | Siente la garganta tensa para producir la voz mientras habla y/o realiza su labor        |    | X  |
| Siente cansancio vocal cuando habla y/o realiza su labor (Fatiga vocal). |    | X  | La calidad de la voz es impredecible mientras habla y/o realiza su labor                 |    | X  |

### 5. AUDICIÓN

|                                                                                 | SI | NO |                                                | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------|----|----|
| Ha sentido dificultad para percibir los sonidos del habla y del medio ambiente. |    | X  | Ha estado expuesto a ruidos fuertes            |    | X  |
| Ha sentido ruidos o pitos en el oído                                            |    | X  | Ha presentado vértigo o pérdida del equilibrio |    | X  |
| Ha experimenta sensación de oído tapado                                         |    | X  | Utiliza prótesis auditiva                      |    | X  |
| OTROS:                                                                          |    |    |                                                |    |    |

### 6. EVALUACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO

| TIPO RESPIRATORIO                                          |   | MODO RESPIRATORIO |   | FRECUENCIA RESPIRATORIA |   |
|------------------------------------------------------------|---|-------------------|---|-------------------------|---|
| Costal superior                                            |   | Bucal             |   | Adecuada                | X |
| Costal superior con clavicular de ascenso                  |   | Nasal             | X | Rápida                  |   |
| Costo diafragmático                                        |   | Mixto             |   | Lenta                   |   |
| Costo abdominal                                            | X |                   |   |                         |   |
| Abdominal                                                  |   |                   |   |                         |   |
| OTROS: Se observa mayor permeabilidad por nariz izquierda. |   |                   |   |                         |   |

### 7. EVALUACIÓN DEL APARATO FONADOR

| Evaluación perceptivo-auditiva de las cualidades vocales |   |                     |   |                                     |   |
|----------------------------------------------------------|---|---------------------|---|-------------------------------------|---|
| Tono                                                     |   | Timbre              |   | Intensidad                          |   |
| Agudo                                                    | X | Disfónico           |   | Fuerte                              | X |
| Grave                                                    |   | Nasal               |   | Adecuada                            |   |
|                                                          |   | Claro               | X | Débil                               |   |
| Calidad Vocal                                            |   | Inicio de emisión   |   | Final de emisión                    |   |
| Normal                                                   | X | Normal              |   | Adecuado                            | X |
| Áspera                                                   |   | Débil               |   | Caído                               |   |
| Ásténica                                                 |   | Fuerte              | X | Trunco                              |   |
| Con tensión vocal                                        |   |                     |   |                                     |   |
| Otros elementos sonoros                                  |   | Velocidad del habla |   | Coordinación Neumofonoarticulatoria |   |
| Carraspeo                                                |   | Normal              | X | Adecuada                            | X |
| Respiración audible                                      |   | Lento               |   | Incoordinación moderada             |   |
| Agitada                                                  |   | Rápida              |   | Incoordinación severa               |   |

|                                       |    |    |    |    |    |    |          |    |
|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----------|----|
| No Agitada                            | X  |    |    |    |    |    |          |    |
| <b>TIEMPOS FONATORIOS:</b>            |    |    |    |    |    |    |          |    |
| TMF /s/ (20-30):                      | 1. | 13 | 2. | 11 | 3. | 11 | Promedio | 12 |
| TMF /a/ (18-20):                      | 1. | 16 | 2. | 15 | 3. | 15 | Promedio | 15 |
| <b>Tiempos fonatorios DISMINUIDOS</b> |    |    |    |    |    |    |          |    |
| TMF: 0,8                              |    |    |    |    |    |    |          |    |

Al realizar la evaluación se obtiene:

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

- Cualidades acústico perceptuales de la voz alteradas. No hay manejo de la intensidad; suele elevarla de forma momentánea, especialmente al iniciar emisiones.
- Mecánica respiratoria moderadamente alterada (disminuida).
- Se hacen recomendaciones para mejorar tipo respiratorio, permitiendo así, una adecuada mecánica respiratoria.
- Se hacen recomendaciones de higiene vocal.

**OBSERVACIONES FONOAUDIOLÓGICAS**

|                                                                                         |   |                                                          |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------|---|
| Realizar ejercicios de cuello, cabeza y hombros, antes de iniciar la jornada académica. | X | Evitar durante la jornada laboral el consumo de caféina. | X |
| Consumir sorbos de agua durante la jornada diaria.                                      | X | Llevar una dieta saludable baja en grasas e irritantes.  | X |
| Realizar reposo vocal durante la jornada diaria.                                        | X | Evitar los cambios bruscos de temperatura.               | X |
| Realizar ejercicios de técnica vocal antes y después de la jornada laboral              | X | Evitar sobre esforzar y abusar de la voz.                | X |
| Evitar consumir bebidas alcohólicas y Tabaco.                                           | X | Evitar carraspear y toser de forma brusca.               | X |

*Sandra P. García R.*

**Sandra Patricia García Rivera**  
Fonoaudióloga Reg. Nal 65365  
Esp. En Neuropsicopedagogía.