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 NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ			Identificación CC	Nro 93373973
Fecha de Nacimiento	1968-12-21	**Edad**	53	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-09-28 08:55:36	**Fecha Salida**	2022-09-28 09:46:05		

EXAMENES

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

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones: CONTINUAR USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA
OTRAS:	NO PRESENTA

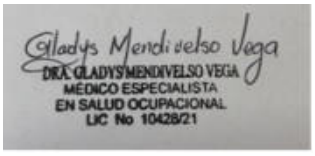
SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

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

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



GLADYS MENDIVELSO VEGA
RM: 1042821
Firma y sello del médico

JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ
CC 93373973
Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 28/09/2022
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ
CÉDULA: 93373973
EDAD: 53 CARGO: INSTRUCTOR

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

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

OBSERVACIONES

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

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-09-28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ		
Identificación	CC	**No. Documento**	93373973
Fecha de Nacimiento	1968-12-21	**Edad**	53 años 9 meses 7 dias
Sexo	M	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2022-09-28 07:15:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	109	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

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

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

RECUENTO_DIFERENCIAL

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

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

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

RECUENTO_PLAQUETARIO

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

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	206	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	105	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	41	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	144	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-09-28



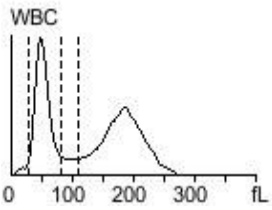
LUIS CARLOS SOLERA GARCIA
1065002660
Firma y sello del médico evaluador

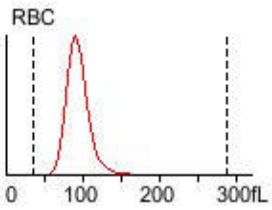
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

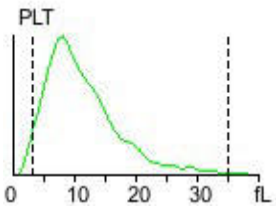
Cendiatra

Nombre de pila:	JOSE OMAR	Tipo de muestra:	
Apellido(s):	CALDERON GONZALEZ	ID de muestra:	93373973
Género:		Edad:	
Fecha:	28-09-2022 08:44		

Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**5,82**	**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	38,8	20,0-50,0	%
3 Gran%	56,2	50,0-70,0	%
4 Mid%	5,0	3,0-9,0	%
5 Lym#	2,26	1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	3,27	2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,29	0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,32**	**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	16,1	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	49,0	35,0-50,0	%
11 MCV	92,1	82,0-100,0	fL
12 MCH	30,2	27,0-34,0	pg
13 MCHC	32,8	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	14,1	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	44,3	35,0-56,0	fL
16 PLT	**219**	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,6	7,0-11,0	fL
18 PDW	9,6	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,188	0,108-0,282	%
20 P-LCR	17,2	11,0-45,0	%
21 P-LCC	38	30-90	10^9/L







Luis Carlos Solera G.
Bacteriólogo
Reg. 1065002660
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

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

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

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/09/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ		Identificación CC	Nro 93373973	
Fecha de Nacimiento	1968-12-21	**Edad**	53	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-09-28 08:08:15	**Fecha Salida**	2022-09-28 08:13:02		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	NO	
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
OTROS	NO REFIERE	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO	RX VISION LEJANA

MOTIVO DE CONSULTA

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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/200
CON CORRECCION OD	20/25
SIN CORRECCION OI	20/80
CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/80
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.75 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	O
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	--
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	-2.00-200*50
OI	-1.00-1.75*100

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	RX VISION LEJANA
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/09/28
www.cendiatra.com

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.





YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ
CC 93373973

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/09/28
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ		Identificación CC	Nro 93373973	
Fecha de Nacimiento	1968-12-21	**Edad**	53	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-09-28 08:12:02	**Fecha Salida**	2022-09-28 08:14:59		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

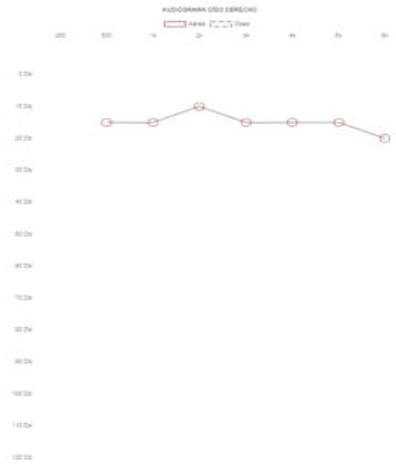
HISTORIA MANUAL

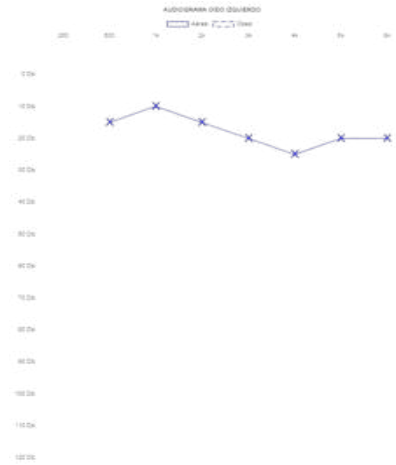
FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/09/28
www.cendiatra.com





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			15			10			15			15			15			20		
OI				15			10			15			20			25			20			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

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

AUDIOMETRIA BASE

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

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	17.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

HISTORIA MANUAL

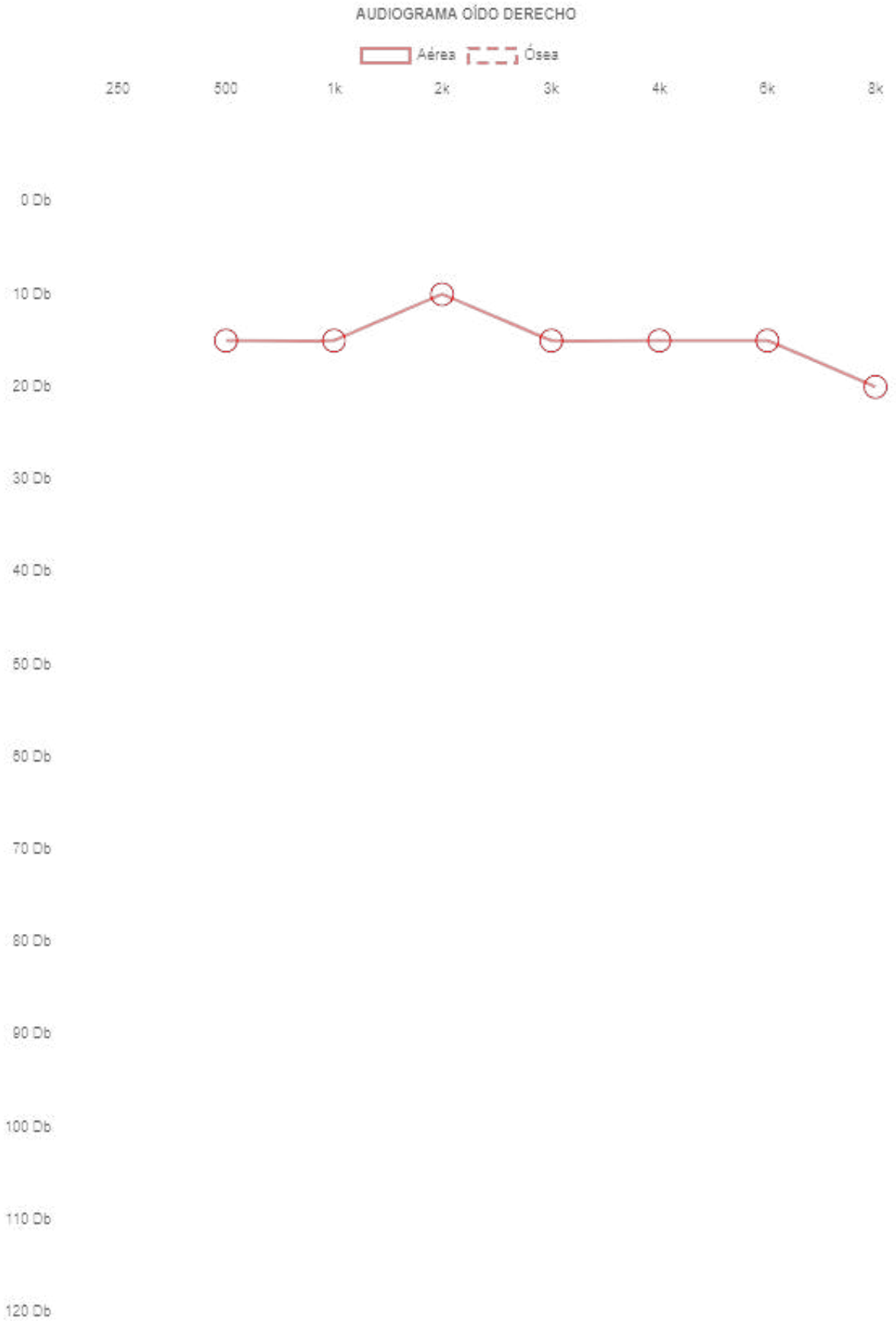
FORMATO MANUAL	NO

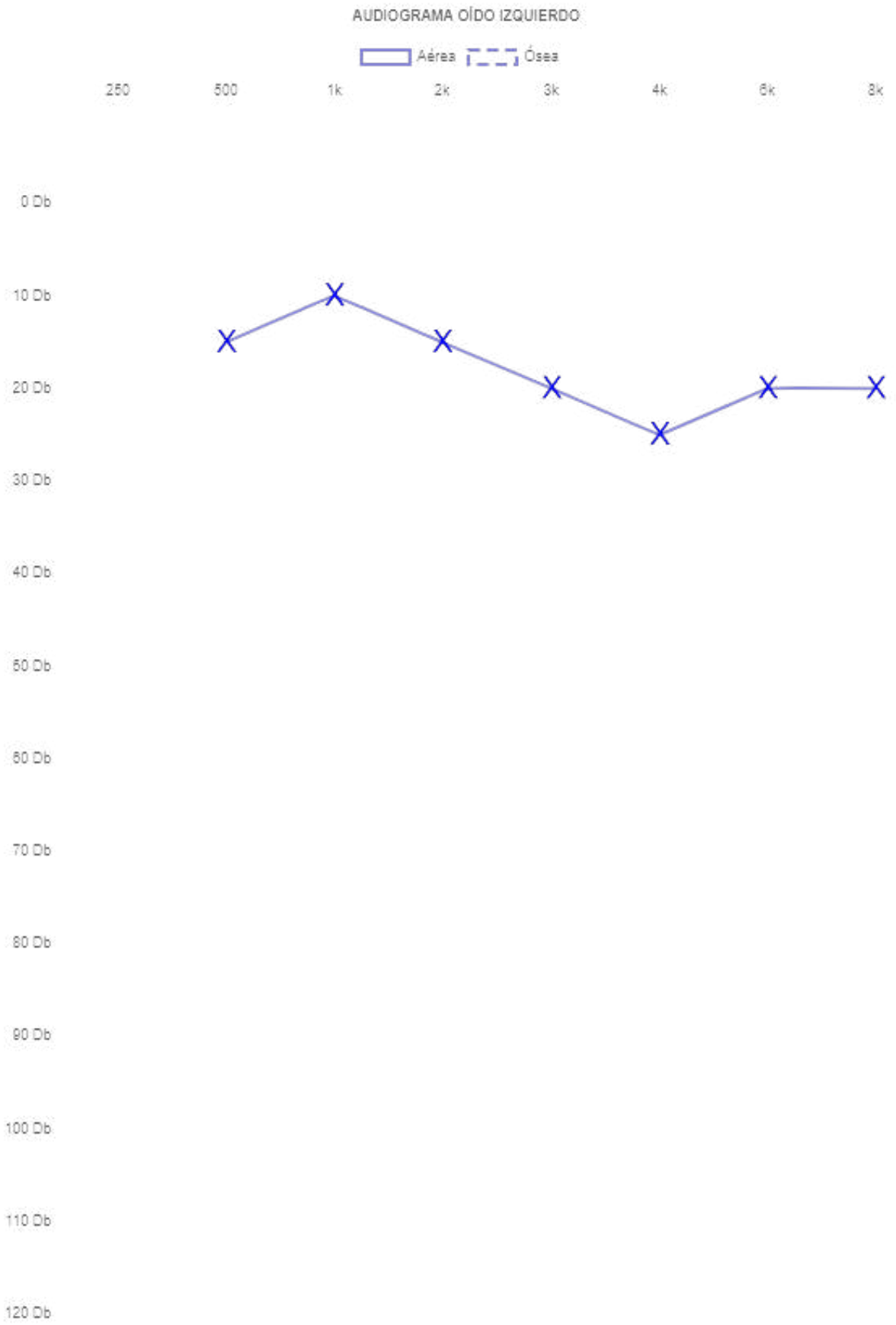
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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

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

JOSE OMAR CALDERON GONZALEZ
CC 93373973
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