SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 824974	**Fecha Impresión** 2022-01-27	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	JHON MARIO SALAZAR COLORADO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	16929770	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2022-01-27 12:33:02	**Fecha Salida**	2022-01-27 14:05:35
Fecha Nac.	1981-05-13	**Edad**	40 años
Estado civil	Casado(a)	**Escolaridad**	Secundaria
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	4



Examen

OPTOMETRIA 890207

Antecedentes Quirúrgicos

☐ Refractiva ☐ Catarata ☐ Pterigion Otra: Observación: NIEGA

Corrección Visual

Corrección Visual: SI ☑ Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca
☐ Descanso ☐ Lente de contacto Último Examen: De 1 año a 2 años Observaciones:

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertension: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

Antecedentes Laborales

☐ Iluminación Inadecuada ☐ Cambios Temperatura ☑ Usuario Computador ☐ Mala ventilación
☑ Radiación Ultravioleta ☐ Gases o Humos Toxicos Otros Antecedentes:

Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Cansancio
☐ Dolor ☐ Secreción ☐ Ojo Rojo ☐ Visión Borrosa
☐ Visión Doble ☐ Mala Visión Cercana ☑ Mala Visión Lejana ☐ Cefalea
☐ Caspa en pestañas Otros Sintomas:

Examen Externo

Parpados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: ANORMAL	Descripción: HIPEREMIA LEVE AMBOS OJOS
Escleras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Córnea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones:	

Lensometria

Ojo Derecho : NO TRAE Ojo Izquierdo : NO TRAE

Agudeza Visual

VISIÓN LEJANA

	Sin Corrección	Con Corrección	PH
Ojo Derecho	20/25		
Ojo Izquierdo	20/30		
Ambos Ojos	20/25		

VISIÓN CERCANA

	Sin Corrección	Con Corrección
Ojo Derecho	20/20	
Ojo Izquierdo	20/20	
Ambos Ojos	20/20	

Observaciones :

Ambos Ojos 20/20

Observaciones :

Visión Cromática Estereopsis

Normal
Cromática (Test Ishihara) : NORMAL AMBOS OJOS
Profundidad (Test de Fly) : 20 seg arco
Observaciones : NO

Anormal
Cromática (Test Ishihara) :
Profundidad (Test de Fly) : Seleccione

Motilidad Ocular

Punto Proximo Convergencia (cm) : 4

Cover Test Lejos : ORTHOFORIA

Cover Test Cerca : ORTHOFORIA

Ofalmoscopia

Ojo Derecho : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Ojo Izquierdo : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Retinoscopia

Ojo Derecho : N-0.50*0

Ojo Izquierdo : N-0.75*0

Queratometria

Ojo Derecho : NO REALIZO

Ojo Izquierdo : NO REALIZO

Estado de Corrección

Anormal_no_corregido

Diagnóstico

Diagnóstico Principal : ASTIGMATISMO
Diagnóstico Relacionado 2 :
Diagnóstico Relacionado 4 :

H522

Diagnóstico Relacionado 1 :
Diagnóstico Relacionado 3 :
Observaciones Diagnóstico :

Corrección Óptica Final

O.D : N-0.50*0
O.I : N-0.75*0

ADD+ : 0
ADD+ : 0

AV : 20/20
AV : 20/20

Distancia Pupilar : 60/62
Corrección Óptica Final : Descanso

Recomendaciones

- [ ] Usar corrección visual para trabajar
- [ ] Uso de filtro antirreflejo para video terminales
- [x] Uso de lentes de protección solar
- [ ] Elementos de Protección individual Visual
- [x] Pausas Activas Visuales
- [ ] Uso de corrección óptica para visión proxima
- [x] Uso de corrección óptica de descanso
- [ ] Uso permanente de corrección óptica
- [x] Lubricante Ocular

Observaciones : - USO DE CORRECCION OPTICA DE DESCANSO - USO DE PROTECCION SOLAR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - USO DE LUBRICANTE OCULAR(LAGRIMAS ARTIFICIALES)

Remisiones

- [ ] Valoración Oftalmologica
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Tratamiento Ortoptica
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar Prueba Ambulatoria

Otras Remisiones :

Observación : NO

Controles

Anual

Resultado

Resultado : Normal

Descripción de la observación general : - USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE PROTECCION SOLAR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - USO DE LUBRICANTE OCULAR(LAGRIMAS ARTIFICIALES)

Consentimiento informado del trabajador

En ~~calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto~~

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 informo 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: DIANA MARCELA VERGARA GUTIERREZ
CC: 52337354
Registro médico: 52337354
Licencia N°: 14247 de 09/12/14

Firma del trabajador: JHON MARIO SALAZAR COLORADO
CC: 16929770

Los Andes

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 824974	**Fecha Impresión** 2022-01-27	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	JHON MARIO SALAZAR COLORADO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	16929770	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2022-01-27 12:33:02	**Fecha Salida**	2022-01-27 14:05:35
Fecha Nac.	1981-05-13	**Edad**	40 años
Estado civil	Casado(a)	**Escolaridad**	Secundaria
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	4



Examen

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] 954107

Otologicos

Otitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Otalgia: NO	Descripción: NO REFIERE
Vértigo: NO	Descripción: NO REFIERE	Acúfenos: SI	Descripción: BILATERAL
Otorrea: NO	Descripción: NO REFIERE	Otorragia: NO	Descripción: NO REFIERE
Prurito: NO	Descripción: NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado: NO	Descripción: NO REFIERE
Tinnitus: NO	Descripción: NO REFIERE	Trastorno Auditivo: NO	Descripción: NO REFIERE
Reposo Auditivo: SI	Descripción: NO REFIERE	¿Usa ayuda auditiva?: NO	Descripción: NO REFIERE

Otros Otologicos: NO REFIERE

Patológicos

Sinusitis: SI	Descripción: SIN MEDICAR	Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE
Hipertension Arterial: NO	Descripción: NO REFIERE	Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE
Parotiditis: NO	Descripción: NO REFIERE	Sarampión: NO	Descripción: NO REFIERE
Rubeola: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración de Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE
Varicela: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Patológicos: NO REFIERE	

Traumáticos

Trauma Craneoencefálico: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Directo: NO	Descripción: NO REFIERE
Trauma Acústico: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Traumáticos: NO	Descripción: NO REFIERE

Quirúrgicos

Cirugía Oído: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Garganta: NO	Descripción: NO REFIERE
Cirugía Nariz: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Cabeza y Cuello: NO	Descripción: NO REFIERE
Timpanoplastia: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Quirúrgicos: NO REFIERE	

Tóxicos y Fármacos

Medicamentos Ototoxicos: NO	Descripción: NO REFIERE	Fármacos: NO	Descripción: NO REFIERE
Tóxicos Industriales: NO	Descripción: NO REFIERE	Observaciones: NO REFIERE	

Antecedentes Laborales

Última Audiometria Realizada: De 6 meses a 1 año	Resultado: Normal	Exposición a Ruido: SI	Elementos de Protección Auditiva: SI	Tipo de Protección Auditiva: Inserción

Observaciones: 1 AÑO ENÑLA CONSTRUCCION Y USO DE EPA - INSERCION

Antecedentes Extralaborales

Tejo: No Practica	Descripción: NO REFIERE	Polígono: No Practica	Descripción: NO REFIERE
Musica Alto Volumen: NO	Descripción: NO REFIERE	¿Usa Audífonos?: NO	Descripción: NO REFIERE
Conduce moto: NO	Servicio Militar: NO	Exposición Ruido: NO	¿Cual?: NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

sico

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular: Normal
Conductos Auditivos: Normal
Membrana Timpánica: Normal
Otro: SIN HALLAZGOS

Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS

OIDO IZQUIERDO

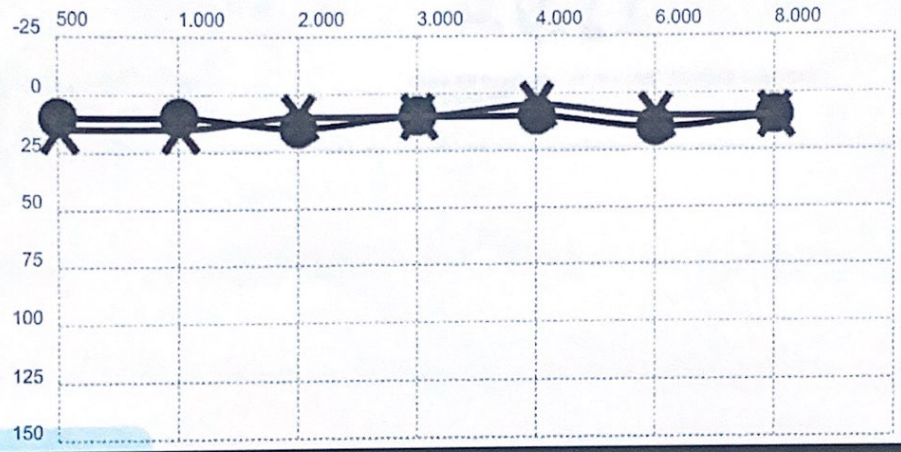
Pabellon Auricular: Normal
Conductos Auditivos: Normal
Membrana Timpánica: Normal
Otro: SIN HALLAZGOS

Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS

Gráfica Aérea

Frecuencias

OD	OI
500	500
10	15
1000	1000
10	15
2000	2000
15	10
3000	3000
10	10
4000	4000
10	5
6000	6000
15	10
8000	8000
10	10
PTA OD	**PTA OI**
11.25	12.5



Audiograma

Audiograma anterior

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma Externa

Audiograma Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
0
OD
OI

Audiograma Diferencia

Audiometría Previa:
Cambio Significativo: NO
Observaciones: NO REQUIERE

Impresión Diagnostica

Diagnóstico Principal: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnóstico Interno: Audición Normal Bilateral
Diagnóstico Oido Izquierdo: AUDICION NORMAL

CIE-10: Z011
Descripción del GATI-SO: AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnóstico Oido Derecho: AUDICION NORMAL

Recomendaciones

- [ ] Remisión ORL
- [ ] Conducir con Ventanas Cerradas
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Audiometria Confirmatoria
- [ ] Rotar Diadema Telefónica
- [ ] Certificado de ganancia auditiva
- [ ] Uso de Protección Auditivo

Recomendaciones: NO REFIERE

- [x] Control Según PVE
- [ ] Limpieza Oido Derecho
- [ ] Limpieza de Oido Bilateral

Observaciones: NINGUNO

- [x] Pausa Auditiva
- [ ] Limpieza Oido Izquierdo
- [x] Reposo Auditivo Extralaboral

Equipo Calibración

Equipo Calibración:
Descripcion por confirmatoria: NINGUNO
Serie Equipo:
Fecha Calibración:
Resultado: Normal

Consentimiento informado del trabajador

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envienos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

...dad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, ...ocesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 informo 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: MIREYA MARCELA MARTINEZ OROZCO
CC: 52273673
Registro médico: 52273673
Licencia N°: 8904 de 8/8/2013

Firma del trabajador: JHON MARIO SALAZAR COLORADO
CC: 16929770

Los Andes

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **SALAZAR COLORADO JHON MARIO**	Identificación: **16929770**	Nro. Servicio: **17356666**	No. Paciente: **54**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 40 Años**	Teléfono: **3116021906**	Tipo servicio:	
Médico: **WILLIAM RAMIREZ VARGAS**	Fecha servicio: **01/12/2021**	Fecha impresión: **01/12/2021 03:37 PM**	
Empresa: **JAVESALUD**		Habitación:	

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Validado: 01/12/2021 03:09 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Recuento de leucocitos (miles)	**6340**	4500	11000	mm ³
Neutrófilos (porcentaje)	**48.3**	40	70	%
Neutrófilos (Nro. Absoluto)	**3070**	1800	7700	mm ³
Linfocitos (porcentaje)	**42.3**	20	45	%
Linfocitos (No. Absoluto)	**2680**	900	5000	mm ³
Monocitos (porcentaje)	**5.3**	2	9	%
Monocitos (No. Absoluto)	**333**	100	1000	mm ³
Eosinófilos (porcentaje)	**3.7**	0	6	%
Eosinófilos (No. Absoluto)	**237**	0	700	mm ³
Basófilos (porcentaje)	**0.4**	0	1	%
Basófilos (No. Absoluto)	**26**	0	200	mm ³
Recuento de eritrocitos (millones)	**5.54**	M: 3.9 - 5.4	H: 4.0 - 6.0	mm ³
Hemoglobina	**16.7**	M: 12 - 16	H: 13.5 - 17	g/dL
Hematocrito	**47.9**	M: 38 - 47	H: 40 - 54	%
Volumen Corpuscular Medio	**86.5**	82.0	98.0	fL
Hemoglobina Media Corpuscular	**30.2**	27	31	pg
Concentración Hemog. Corpuscular Media	**35.0**	33	37	g/dL
Ancho de Distribución Eritrocitaria	**12.8**	11.5	15.1	%
Recuento de Plaquetas (miles)	**200000**	150000	450000	mm ³



BACTERIOLOGA

ASTRID VIVIANA RODRIGUEZ COLORADO

REG. 38070825

Diagnóstico y Asistencia Médica SAS certifica el carácter técnico y científico de este documento y, responde íntegramente por su contenido

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **SALAZAR COLORADO JHON MARIO**	Identificación: **16929770**	Nro. Servicio: **17356666**	No. Paciente: **54**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 40 Años**	Teléfono: **3116021906**	Tipo servicio:	
Médico: **WILLIAM RAMIREZ VARGAS**	Fecha servicio: **01/12/2021**	Fecha impresión: **01/12/2021 06:09 PM**	
Empresa: **JAVESALUD**		Habitación:	

GLUCOSA (suero, LCR, otros flu¡dos)

Validado: 01/12/2021 03:39 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
GLUCOSA	**94.0**	74	100	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA:				
Prematuros		20	60	mg/dL
Neonatos		30	60	mg/dL
Recién nacidos hasta 1 día		40	60	mg/dL
Recién nacidos mayores de 1 día		50	80	mg/dL
Niños		60	100	mg/dL
18 - 60 años		74	100	mg/dL
60 - 90 años		82	115	mg/dL
> 90 AÑOS		75	121	mg/dL
Valores de referencia según ADA y OMS				
Glucosa anormal en ayunas (ADA)		100	125	mg/dL
Criterio para diagnóstico de Diabetes *		Mayor o igual a 126		mg/dL
Glucosa ocasional valor para diagnos. de diabetes		Mayor de 200		mg/dL
Criterio para hipoglicemia (cuadro clínico mas...)		35	50	mg/dL

* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de Diabetes incluye niveles de HbA1C > o igual a 6.5%
Riesgo Incrementado de Diabetes (Prediabetes):
Glicemia en ayunas: 100 mg/dL - 125 mg/dL y/ó
Prueba de tolerancia oral a la glucosa
(2h carga de 75g): 140 mg/dL - 199 mg/dL
Hemoglobina glicada: 5.7 - 6.4%
Diabetes Care, Vol 34, Enero 2011

MÉTODO: ENZIMÁTICO



BACTERIOLOGA
ANGELA ESNEY CACERES LONDOÑO
REG. 35533043

Diagnóstico y Asistencia Médica SAS certifica el carácter técnico y científico de este documento y, responde íntegramente por su contenido