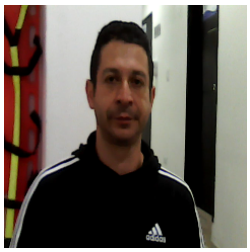
INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión: 12/04/2023 11.59 AM



FECHA DEL EXAMEN 2023-04-12 07:24:00

DATOS INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	recepcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

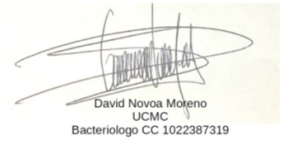
NOMBRES	RUBEN DARIO								
APELLIDOS	JIMENEZ GIRALDO								
IDENTIFICACION	CC	9860323	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIENTO**	22/05/1985				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	PEREIRA RISARALDA	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	4			
DEPARTAMENTO	Bogotá, D.C.	**MUNICIPIO**	Bogotá, D.C.	**DIRECCION**	DIAG 54 24 57 APTO 405				
TELEFONOS	3137025924	**ARL**	NO REFIERE	**EPS**	SANITAS E.P.S. S.A.				

LABORATORIO CLINICO Y OTROS PROCEDIMIENTOS

PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS)

COLESTEROL TOTAL	142.7	HASTA 200. LIG. AUMENTADO: DE 201-239 AUMENTADO: > 240
COLESTEROL HDL	46.1	SIN RIESGO > 60. RIESGO MODERADO: 35-60 . ALTO RIESGO < 35
COLESTEROL LDL	56.44	HASTA 130
TRIGLICERIDOS	200.8	
ADJUNTO		

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.



GERSON DAVID NOVOA MORENO
C.C 1022387319 R:M 1022387319
Firma y sello del Médico Evaluador



RUBEN DARIOJIMENEZ GIRALDO
C.C 9860323
Firma del trabajador Evaluado



Página web: