LABIMED S.A.S LABORATORIO CLÍNICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | **DANIEL CHICA ISAZA** | EDAD: | **33** |
| IDENTIFICACION: | **1053807504** | SEXO: | **MASCULINO** |
| DIRECCION: | | TELS: | |
| ENTIDAD: | **TRABAJO SEGURO PASSOMET SAS** | FECHA: | **2024-04-05 - 463** |
| | | C.A.S.: | **94835** |

| ITEMS | RESULTADOS | VALORES DE DIFERENCIA | UNIDADES |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **GLICEMIA EN AYUNAS** | | | |
| GLICEMIA | 91.98 | | mg/dl |
| ADULTOS | | 70 - 110 | mg/dl |
| MAYOR DE 90 AÑOS | | 75 - 121 | mg/dl |
| NIÑOS | | 60 - 100 | mg/dl |

La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico. Resultados Validos unicamente con la muestra analizada.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PERFIL LIPIDICO** | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 170.4 | | mg/dl |
| PRONOSTICO FAVORABLE | | HASTA 200 | mg/dl |
| RIESGO MEDIO | | 200 - 239 | mg/dl |
| RIESGO AUMENTADO | | MAYOR DE 240 | mg/dl |
| COLESTEROL HDL | 48.81 | | mg/dl |
| OPTIMO | | MAYOR DE 40 | mg/dl |
| RIESGO MODERADO | | 30 - 40 | mg/dl |
| RIESGO AUMENTADO | | MENOR a 30 | mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 56.35 | | mg/dl |
| PRONOSTICO FAVORABLE | | MENOR DE 150 | mg/dl |
| RIESGO MEDIO | | 150 - 200 | mg/dl |
| RIESGO AUMENTADO | | MAYOR DE 200 | mg/dl |
| COLESTEROL VLDL | 11.27 | 16 - 34 | mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 110.3 | MENOR DE 150 | mg/dl |
| INDICE ARTERIAL | 3.49 | | % |
| PRONOSTICO FAVORABLE | | 2.7 - 4.0 | % |
| RIESGO MEDIO | | 4.0 - 7.5 | % |
| RIESGO AUMENTADO | | MAYOR DE 7.5 | % |

La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico. Resultados Validos unicamente con la muestra analizada.

DIANA ISABEL CASTRILLON BEDOYA
BACTERIOLOGA – R.N.: 3466

# EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE LA VISION

**Fecha y hora de valoración** 05/04/2024
**Empresa:** SENA REGIONAL CALDAS
**Nombre y apellidos:** CHICA ISAZA DANIEL
**Documento:** 1053807504
**Edad** 33

| ANAMNESIS | SI/NO |
|---|---|
| USA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GAFAS DE SEGURIDAD) | SI |
| USA ANTEOJOS FORMULADOS O LENTES DE CONTACTO | NO |

**ANTECEDENTES**

NO REFIERE

**SINTOMAS**

NO REFIERE

**EXAMEN EXTERNO**

NOREFIERE

**AGUDEZA VISUAL**

| | SIN CORRECCION | | | CON CORRECCION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VL | OD | 20/ | 20 | VL | OD | 20/ 0 |
| | OI | 20/ | 20 | | OI | 20/ 0 |
| VC | OD | 20/ | 20 | VC | OD | 20/ 0 |
| | OI | 20/ | 20 | | OI | 20/ 0 |

**VISION CROMATICA**

**NORMAL**

**ESTERIOPSIS**

**NORMAL**

**IDX**

| | |
|---|---|
| OD | EMETROPE |
| OI | EMETROPE |

**NOTA Y RECOMENDACIONES**

**SE SUGIERE PROTECION SOLAR Y CONTROL ANUAL**

**0**

La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que púedan influir en el diagnostico final de este examen




**Firma del medico**

**Firma y c.c del trabajador**

**Carrera 23 N° 25-32 edificio La Esponsion.Cel 3006177498**

EL EXAMINADO, CON SU FIRMA, CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO RELEVANTE SOBRE SUS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES, QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE EL DIAGNÓSTICO FINAL DE ESTE EXAMEN Y CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN EXPRESADA ES CIERTA