GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio

NIT 900.978.555-8
CARRERA 19 Nº19-33 LOCAL 216 CENTRO COMERCIAL CAPILLA PLAZA
Tel: 5576478 / Cel: 314 652 8517



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.953

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	02 MES	2022 AÑO	LA CEJA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

DELGADILLO ROBAYO BERTULFO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	65 AÑOS	CC	17311813
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FORMADOR

EPS SANITAS EPS AFP COLEPENSIONE ARL NO INFORMA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO APLICA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO
AUDIOMETRÍA	GLICEMIA EN AYUNAS
OPTOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ACOSTA GONZALEZ LIVINGSTON

R. M.: 95-1695-02 **L.S.O.:** 0398

Código de Seguridad
P50V1B14953

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DELGADILLO ROBAYO BERTULFO

CC: 17311813

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio

NIT 900.978.555-8
CARRERA 19 Nº19-33 LOCAL 216 CENTRO COMERCIAL CAPILLA PLAZA
Tel: 5576478 / Cel: 314 652 8517



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

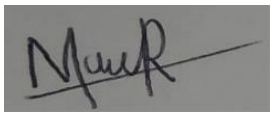
Lugar del Examen:	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			**Fecha:**	16/02/2022
Número de Identificación:	17311813	**Nombre:**	DELGADILLO ROBAYO BERTULFO	**Genero:**	MASCULINO
Fecha de Nacimiento:	18/07/1956	**Edad:**	65 AÑOS 6 MESES 30 DÍAS	**Estado Civil:**	CASADO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA EN AYUNAS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA EN AYUNAS			
Técnica:Enzimatico Hexoquinasa	92	mg/dL	74.00 - 106.00

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: RODRIGUEZ HENAO MARIA FERNANDA
RM: 14767

Codigo de Seguridad
L50R32X7977

Paciente

Firma:



Nombre: DELGADILLO ROBAYO BERTULFO
CC: 17311813

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8
CARRERA 19 Nº19-33 LOCAL 216 CENTRO COMERCIAL CAPILLA PLAZA
Tel: 5576478 / Cel: 314 652 8517



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Fecha:** 16/02/2022

Número de Identificación: 17311813 **Nombre:** DELGADILLO ROBAYO BERTULFO **Genero:** MASCULINO

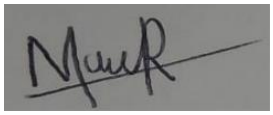
Fecha de Nacimiento: 18/07/1956 **Edad:** 65 AÑOS 6 MESES 30 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES DE MEDIDAS	VALROES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL Técnica: Enzimático Hexoquinasa	135,9	mg/dl	Hasta 200
TRIGLICERIDOS Técnica: Enzimático Hexoquinasa	122	mg/dl	Hasta 160

Técn Técnica: Enzimático Hexoquinasa

Bacteriólogo

Firma: 

Nombre: RODRIGUEZ HENAO MARIA FERNANDA
RM: 14767

Codigo de Seguridad
L50R32X7978

Paciente

Firma: 

Nombre: DELGADILLO ROBAYO BERTULFO
CC: 17311813

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.953

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	02 MES	2022 AÑO	LA CEJA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

DELGADILLO ROBAYO BERTULFO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	67 AÑOS	CC	17311813
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	EPS	AFP	ARL
FORMADOR	SANITAS EPS	COLEPENSIO	NO INFORMA
	Estudios: UNIVERSITARIO		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO
AUDIOMETRÍA	GLICEMIA EN AYUNAS
OPTOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CAPACITAR AL TRABAJADOR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR, SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DEL OFICIO Y CAPACITAR SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA.

1) DISTANCIAMIENTO SOCIAL
2) USO DE MEDIDAS DE PROCTECCION
3) LAVADO CONTINUO DE MANOS
4) USO PERMANENTE DEL TAPABOCAS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

Nombre: ACOSTA GONZALEZ LIVINGSTON

R. M.: 95-1695-02 **L.S.O.:** 0398

Código de Seguridad

A50G1M14953

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: DELGADILLO ROBAYO BERTULFO

CC: 17311813

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 3274**

Fecha: 16/02/2022 **Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SANITAS EPS
CC: 17311813 **Nombre:** DELGADILLO ROBAYO BERTULFO **Edad:** 67 AÑOS 6 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 18/07/1956 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** FORMADOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

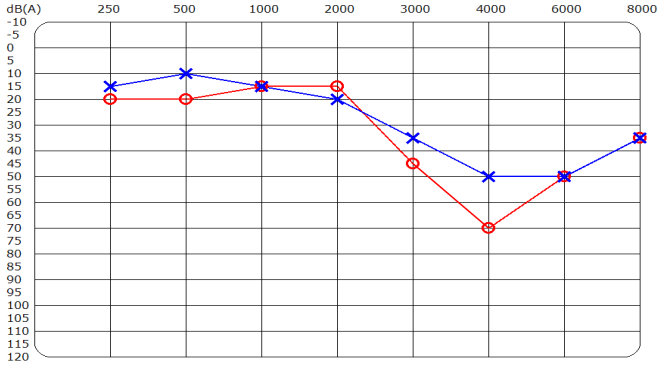
Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: ROYAL AV113 **F. Ultima Calibración:** 2019-01-13

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	15	15	45	70	50	35
VAOI	15	10	15	20	35	50	50	35



PTA Oido derecho:23.75 **PTA Oido izquierdo:20.00**

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H931	TINNITUS		COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA	

Observaciones

APTO, PROMEDIO DE TONOS AUDITIVOS DENTRO DE NORMALIDAD BILATELAMENTE, CON DESCENSO EN LAS FRECUENCIAS AGUDAS DE GRADO LEVE A SEVERO DE 3.000HZ A 8.000HZ PARA AMBOS OIDOS. PTA OD 16.7 DB, OI 15DB.
CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO DE SU PATOLOGÍA POR EL ESPECIALISTA ORL.

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: DAVILA ROSSO CECILIA ISABEL
R. M.: 1004072045 **L.S.O.:**

TRABAJADOR



Firma:
Nombre: DELGADILLO ROBAYO BERTULFO
CC 17311813

Fto(Certificado)

EQUILIBRIO VISUAL OPTICA S.A.S.

EQUILIBRIO VISUAL OPTICA MEDELLIN

Tel: 3014094828 - Email: equilibriovisualoptica@gmail.com

nit: 901521465 Regimen: Responsable de Iva (común)

CERTIFICADO

HC NO. 17311813

Fecha: 2022-02-16

Nombre:	BERTULFO DELGADILLO ROBAYO		Edad: 65
Dirección:	CENTRO		Tel: 3117983808
Estado civil:			Consulta: 297
Acompañante:		P/tezco:	Tel acom :
Responsable:		P/tezco:	Tel resp:

PACIENTE ASISTIO A CONSULTA DE OPTOMETRÍA, AL EXÁMEN SE ENCONTRÓ:

Agudeza visual SC: OD: 20/150

OI: 20/150

Exámen Externo: NORMAL

Exámen Motor:

Fondo de Ojo: OD: EXC 02

OI: EXC 02

Test de color: NORMAL

OD: NORMAL

OI: NORMAL

Test de estereopsis: NORMAL

Resultado del Test: NORMAL

Rx Final:							
	OD:	+2.50	-0.50	90	+3.00	20/20	050M
	OI:	+2.50			+3.00	20/20	0.50M

Diagnóstico: 1: PRESBICIA

Conducta: SE EXPLICA DISEÑO Y CAMPO VISUAL DE LENTES OFTALMICOS PROGRESIVO // SE ACLARA FILTRO DE PROTECCION (AR - TRANSITIONS) // CONTROL 1 AÑO POR ANTECEDENTE DE HTA EN TTO

Optómetra: Johanna Sanchez Londoño

Reg. Médico:

Johanna Sánchez Londoño
Optometra
Univ. de La Salle
Reg. 5-302502

ESCALA DE ESTRÉS LABORAL ORGANIZACIONAL (OIT/OMS)

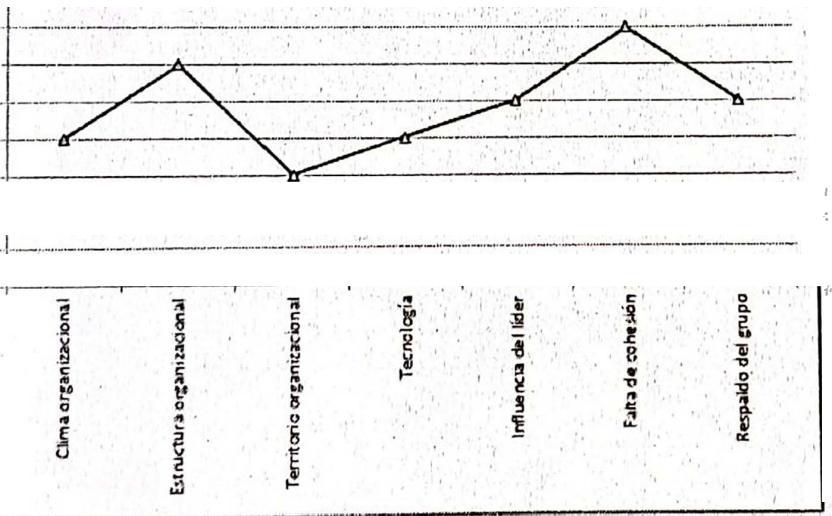
INFORME GENERAL

EVALUADO(A): BERTULFO DELGADILLO ROBAYO

		INDIVIDUAL
C	Clima organizacional	4
E	Estructura organizacional	6
O	Territorio organizacional	3
T	Tecnología	4
I	Influencia del líder	5
F	Falta de cohesión	7
R	Respaldo del grupo	5
		34

	RANGO MAYOR	RANGO MENOR	MENOS
Clima organizacional	28	24	6
Estructura organizacional	28	24	6
Territorio organizacional	21	18	4,5
Tecnología	21	18	4,5
Influencia del líder	28	24	6
Falta de cohesión	28	24	6
Respaldo del grupo	21	18	4,5
	175	150	37,5

INTERPRETACIÓN



	MINIMO				
24	4	10	16	22	28
24	4	10	16	22	28
18	3	7,5	12	16,5	21
18	3	7,5	12	16,5	21
24	4	7,5	12	16,5	21
24	4	10	16	22	28
18	3	7,5	12	16,5	21
37,5	25	62,5	100	137,5	175
		10	16	22	28
		7,5	12	16,5	21

JOSE VICENTE OLIVEROS CARRANZA
PSICOLOGO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
REG. PROFESIONAL 101177 COLPSIC - LIC. EN SST N° 7852

CERTIFICADO DE RIESGO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL

1. Ingreso _X___ 2. Periódico ____ 3. Retorno al trabajo ____ 4. Cambio de Función ____
5. Retiro 6. Parcial ____ 7. Viaje al exterior ____ 8. Otros _____

Fecha: Año:_2024 Mes:_ENERO Día:_26 Ciudad:_ESPINAL TOLIMA

1. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Nombre: SENA
Actividad: FORMACIÒN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos: BERTULFO DELGADILLO ROBAYO
Documento de Identidad: 17311813
Cargo a desempeñar: INSTRUCTOR

3. HALLAZGOS Y DIAGNOSTICOS

1 – Factores psicosociales intralaborales - Bajo
2 – Factores psicosociales extralaborales - Bajo
3 – Factores relacionados con el estrés Bajo
4 – Nivel de ansiedad Bajo
5 – Estado mental Normal
6 _____

4. CLASIFICACI N

Apto para el cargo __x___. No Apto para el cargo _____. Requiere nueva valoración _____.
Requiere Reubicación Laboral Si. _____. No. __x___:
Requiere Restricciones Laborales Si. _____. No. ___x__.

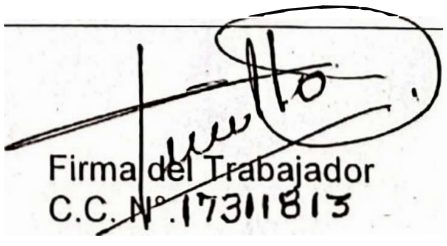
Observaciones: De acuerdo a la evaluación, no presenta restricción psicosocial para el cargo.
Instrumentos aplicados: Cuestionario de evaluación psicosocial en espacios laborales.
Escala de estrés laboral – organizacional (OIT/OMS)

Recomendaciones: _____

Consentimiento Informado: Yo, con el nombre y cédula de ciudadanía como aparece al inicio del formato y en la firma, habiendo comprendido la información que me ha sido facilitada y resueltas las preguntas y dudas al respecto, doy mi consentimiento informado al psicólogo con el nombre y registro profesional como aparece al inicio y en la firma de este documento, para que se realice las pruebas psicológicas necesarias para este certificado



Jose Vicente Oliveros Carranza
Psicólogo Reg. P. N° 101177



Firma del Trabajador
C.C. N°. 17311813

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.BERTULFO DELGADILLO ROBAYO**	**REFERENCIA:**	**249013439**
DOCUMENTO:	**CC. 17311813 H.C. 17311813**	**FECHA INGRESO:**	**05.Jul.2024 07:48 AM**
EMPRESA:	**PARTICULAR SYNLAB EJE CAFETERO**	**SEDE:**	**SYNLAB PARQUE MEDICO MZL**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**67 Años - Masculino**

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia (Glucosa)	**104** mg/dL	70 - 100 mg/dL
		Vlr. Referencia para grupos Especiales: Prematuros: 20 - 60 mg/dL
Hora de toma:	**Basal**	

Técnica: Hexoquinasa

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2022.
Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 - 125mg/dL indicativos de Pre-diabetes
- Valores iguales o mayores a 126mg/dL, se debe confirmar Diabetes Mellitus.
(Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1)S17–S38).

Fecha de Validación: 05/Jul./2024 12:21
Analizado por, YENY ANDREA TORO COLORADO
PROFESIONAL DE PROCESAMIENTO T.P: 1060594506
Copiado:yatc

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6508870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

Serviso
Salud Laboral Integral IPS

Fecha Atención :
2024-07-04 16:23:26

Fecha impresión :
2024-07-04 04:24:49

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	BERTULFO DELGADILLO ROBAYO		
Identificación:	CC	**Número:**	17311813
Fecha de Nacimiento:	1956-07-18	**Edad:**	68
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	4	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	COLINAS DEL VIENTO CASA 16	**Teléfono:**	3117983808
EPS:	EPS SANITAS SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCION	MANIZALES		

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**EMPRESA USUARIA**	
SEDE	MANIZALES	**AREA**	OPERATIVA
CARGO		**FECHA DE INGRESO**	NO REFIERE
JORNADA DE TRABAJO	DIURNO	**ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO**	MAS DE 16 AÑOS
PROFESION	INGENIERO MECANICO		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

EXPOSICION A SOLVENTES	NO	**EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO	**EXPOSICION A QUIMICOS**	NO
EXPOSICION A MATERIAL PARTICULADO	NO	**EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**EXPOSICIÓN A RADIACION IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	**OTROS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES		**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

PATOLOGICOS	NO	**QUIRURGICOS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**GLAUCOMA**	NO
CATARATAS	NO	**RINITIS**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	SI Observaciones: PRESBICIA, USA GAFAS.
AMBLIOPIA	NO	**PTERIGIO**	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**ALTERACIONES TIROIDEAS**	NO
ESTRABISMO	NO	**DIABETES MELLITUS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES			

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	**RX OD**	GAFAS
RX OI	GAFAS		

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	SI	**ARDOR**	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	NO	**ASTENOPIA VISION PROXIMA**	NO
CANSANCIO	NO	**CEFALEA**	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO	**DISMINUCION AV CERCA**	NO
DESVIACION OCULAR	NO	**DOLOR OCULAR**	NO
ENROJECIMIENTO	NO	**EPIFORA**	NO
FOTOFOBIA	NO	**INVERSION DE NUMEROS Y O LETRAS**	NO
LAGRIMEO	NO	**MAREO**	NO
PRURITO	NO	**RESEQUEDAD**	NO
SALTO DE RENGLONES	NO	**SECRECION**	NO
VERTIGO	NO	**VISION DOBLE**	NO
OTROS	NO		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/20
SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/20
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/20
SIN CORRECCION P.H. OD		**SIN CORRECCION P.H. OI**	

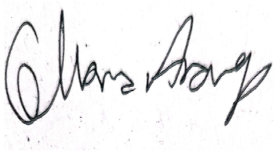
VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD		**CON CORRECCION OD**	20/20

SIN CORRECCION OI		**CON CORRECCION OI**	20/20
SIN CORRECCION AO		**CON CORRECCION AO**	20/20
CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION			
OD	NORMAL	**OI**	NORMAL
MOTILIDAD OCULAR			
COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NO APLICA	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	EXAMEN REALIZADO CON GAFAS. RENOVÓ LA FORMULA HACE 2 MESES. EXAMEN REALIZADO BAJO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID -19.		
PRUEBAS SENSORIALES			
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD		**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD**	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI		**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OI**	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION AO	NORMAL - 15/15	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION AO**	
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	50 SEGUNDOS DE ARCO		
IMPRESION DIAGNOSTICA			
REFRACTIVO			
BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	SI	**OBSERVACIONES**	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	
OCULAR Y MOTOR			
ALTERACION VISION BINOCULAR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION PERCEPCION AL COLOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION AL CAMPO VISUAL		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION DEL SEGMENTO ANTERIOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION MOTORA		**OBSERVACIONES**	
RECOMENDACIONES			
USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANENTE	**USO DE EPV**	SI
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES	- SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES.		
CONTROLES			
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	SI		

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





SIN HUELLA

GLORIA ELCY ARANGO RIVERA
1053871223
RM: 17049317320
Firma y sello del médico evaluador

BERTULFO DELGADILLO ROBAYO
Documento: CC 17311813
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	BERTULFO DELGADILLO ROBAYO		
Identificación:	CC	**Número:**	17311813
Fecha de Nacimiento:	1956-07-18	**Edad:**	68
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	4	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	COLINAS DEL VIENTO CASA 16	**Teléfono:**	3117983808
EPS:	EPS SANITAS SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

FECHA DE INGRESO	0
AREA	manizales
ANTIGUEDAD EN EL CARGO	0
JORNADA DE TRABAJO	DIURNO
ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO	MAS DE 16 AÑOS
EXPUESTO A RUIDO	NO
TIEMPO DE EXPOSICION	0
USO DE E.P.P.	NO
TIPO DE E.P.P.	NO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIENE ANTECEDENTES	NO
EMPRESA 1	
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 2	
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 3	
TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO

OYE BIEN	SI	
LE MOLESTA EL RUIDO INTENSO	NO	
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO	NO	
AL CONVERSAR SOLICITA QUE LE REPITAN	NO	
DEBE AUMENTAR EL VOLUMEN DEL TV O RADIO	NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO	
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
RESULTADO	ALTERADO	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	HACE 2 AÑOS	
PERSONALES		
CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	
HIPOACUSIA	NO REFIERE	
MEDICAMENTOS	REFIERE	LOSARTAN Y PREGABALINA
MENINGITIS	NO REFIERE	
OTALGIA	NO REFIERE	
OTITIS	NO REFIERE	
OTORRAGIA	NO REFIERE	
OTORREA	NO REFIERE	
OTOTOXICOS	NO REFIERE	

PARALISIS FACIAL	NO REFIERE	
PAROTIDITIS	NO REFIERE	
PRURITO	NO REFIERE	
RINITIS	NO REFIERE	
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE	
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	
SINUSITIS	NO REFIERE	
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE	
TINITUS - ACUFENOS	BILATERAL	CONSTANTE
VERTIGO	NO REFIERE	
OTROS	NO REFIERE	
VIBRACION CONTINUA	NO	
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO		
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO	
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO	
INSTRUMENTOS MUSICALES	SI	PERCUSION
MOTOCICLISMO	NO	
SERVICIO MILITAR	NO	
JUGAR TEJO	SI	
POLIGONO	NO	
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	SI	5 A 8 VECES AL AÑO
OTROS	NO	

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	SI
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

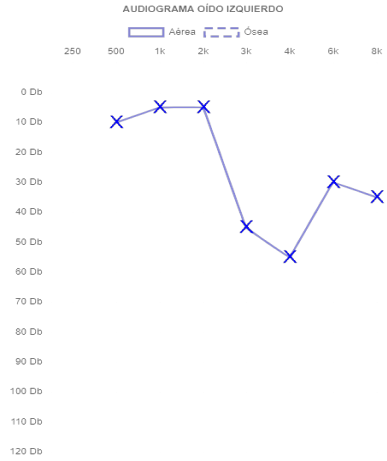
EQUIPO

TIEMPO DE REPOSO	12 HORAS
USO DE CABINA	X
EQUIPO	MAICO MA 40

FECHA DE CALIBRACION 04/07/2024

AUDIOGRAMA





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				10			0			0			0			45			50			40		
OI				10			5			5			45			55			30			35		

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																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K) 2.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K) 16.25

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 H932: Otras percepciones auditivas anormales
OBSERVACIONES OIDO DERECHO DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIAS 4000. 6000 Y 8000 OIDO IZQUIERDO DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIAS 3000 Y 4000 Y LEVE EN FR 6000 Y 8000 FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CONSERVADAS

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E. X
E.P.P. AUDITIVO SEGUN P.V.E. X
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL X

INGRESO P.V.E. HIPOACUSIA	X

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.

SIN HUELLA

FABIOLA ROCIO GONZALEZ ROJAS
51976857
RM: TP 15-03410
Firma y sello del médico evaluador

BERTULFO DELGADILLO ROBAYO
Documento: 17311813
Firma del trabajador