Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 7256**

**Fecha:** 27/01/2024 **Ciudad:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
**CC:** 93359550 **Nombre:** CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS **Edad:** 59 AÑOS 3 M **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 15/10/1964 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Ocupacion:** INSTRUCTOR AREA AGRICOLA

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| EXPERIENCIA | INSTRUCTOR SENA | NINGUNA | NO APLICA | 14 | 0 |

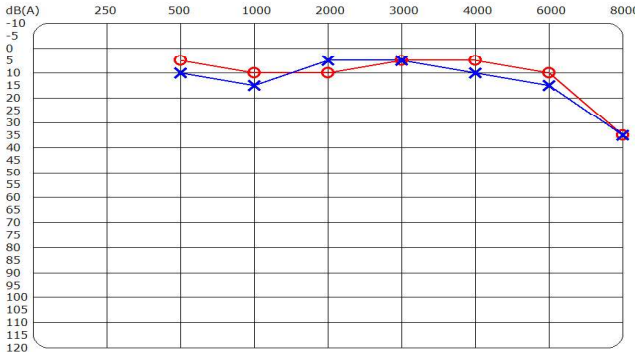
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | Y CARRO | AUDÍFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 10 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA25 **F. Ultima Calibración:** 2021-12-15

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:** TAPON DE CERUMEN
**Oído izquierdo:** TAPON PARCIAL DE CER

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | | 5 | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 35 |
| VAOI | | 10 | 15 | 5 | 5 | 10 | 15 | 35 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

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

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| H919 | HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

CAIDA BILATERAL LEVE EN F 8000HZ
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

**FONOAUDIÓLOGO**



**Firma:**
**Nombre:** BONIL MARIÑO DIANA CAROLINA
**R. M.:** 06-01050 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**



**Firma:**
**Nombre:** CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS
**CC** 93359550

Total

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 19,688**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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

| **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** |
|---|---|
| **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)

| **CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 59 AÑOS 3 MESES 11 DÍAS | CC | 93359550 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

| Cargo | Dependencia del Trabajador |
|---|---|
| **INSTRUCTOR AREA AGRICOLA** | **SENA - REGIONAL TOLIMA - CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| VISIOMETRÍA | ✓ | CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL | ✓ |
| GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | ✓ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | ✓ |
| EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR | ✓ | AUDIOMETRIA SOD | ✓ |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR AL INGRESO CON RECOMENDACIÓN DE USO DE LENTES FORMULADOS, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS. SE DAN RECOMENDACIONES EN CUIDADOS AUDITIVOS. SE DAN RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA BAJA EN GRASAS. TRABAJADOR CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIÓN MÉDICA PARA EL CARGO.

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**

Margarita Rosa Barrios D.
Médico Cirujano U. de Caldas
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad Católica de Manizales
10631756450
Lic. SST 73305

**Firma:**

**Nombre:** BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA

**R. M.:** 17085 **L.S.O.:** 73305

**Código de Seguridad**
**S579Y1E19688**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS

**CC:** 93359550

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



# EXAMEN DE VISIOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 10,298**

**Fecha:** 27/01/2024 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 93359550 **Nombre:** CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS **Edad:** 59 AÑOS 3
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR AREA AGRICOLA **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
**Eps:** NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** IBAGUE **Motivo Consulta:** INGRESO

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | POLVO, SOL, VDT |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | CERCA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | SI |

## PRUEBAS REALIZADAS

### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/20 | 1.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/20 | 1.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/20 | 1.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

### EXAMEN EXTERNO DEL OJO

### VISIÓN CROMÁTICA

### ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### MOVIMIENTOS OCULARES

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H524 | PRESBICIA | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

### CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCINES VISUALES

**OPTOMETRA**

**Firma:**
**Nombre:** VELANDIA RODRIGUEZ RICARDO
**R. M.:** 12105 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**
**J579P3V10298**

**PACIENTE**

**Firma:**
**Nombre:** CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS
**CC:** 93359550

02734572

**Sede Antioquia**
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

**Sede Tolima**
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

**E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | : CRISTANCHO ACOSTA JUAN CARLOS | **Origen** | : IBAGUE - TOLIMA |
| **Historia** | : 93359550 | **Convenio** | : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S |
| **Identificación** | : 93359550 | **Fecha Recepción** | : 2024-01-27 08:50:49 |
| **Edad/Sexo** | : 59 / M | **Fecha Impresión** | : 2024-01-27 12:05:54. |
| **Telefono** | : 3118977277 | **Empresa** | : |
| **Remisión** | : 02734572 | | |

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **Glucosa** | | | |
| - | | | |
| Glucosa | **85.4** | mg/dl | 70 - 105 mg/dL |
| Valor de Referencia: 70-105 mg/dL | | | |
| Técnica:Colorimetrica | | | |

Fecha / Hora Validado : 2024-01-27 / 10:18

| RESULTADOS HISTORICOS | 23/09/2020 |
|---|---|
| RESULTADO | 98.10 |

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

**ADVERTENCIA LEGAL**

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **recepcion@laboratoriobioanalisis.co** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02734572

**URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague**

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

## CONCEPTO PSICOSOCIAL Y MENTAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **27** | **1** | **2024** | IBAGUE | Ingreso como contratista | **X** | Egreso | | Periódico | |
| DD | MM | AAAA | CIUDAD | | | | | | |

| Trabajo en Alturas | | Porte de Armas | | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA -** |
|---|---|---|---|---|

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

| **JUAN** | **CARLOS** | **CRISTANCHO** | **ACOSTA** | Doc. identificación | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **93.359.550** |
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido | Tipo | Número |

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **EXAMEN AREA EMOCIONAL** | SATISFACTORIO | **X** | NO SATISFACTORIO | | APLAZADO | |
| **IDEACION SUICIDA** | NO SE DETECTA | **X** | SE DETECTA ALTO RIESGO | | | |
| **ESTADO SOCIAL** | SATISFACTORIO | **X** | SE DETECTA ALTO RIESGO | | APLAZADO | |
| **NIVEL DE ANSIEDAD** | BAJO | **X** | MEDIA | | ALTA | |
| **ACROFOBIA** | BAJA | **X** | MEDIA | | ALTA | |
| Observación | **SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CONSCIENTE DE SUS ACTOS Y RESPONSABILIDADES** | | | | | |
| **CONCEPTO PSICOLOGICO** | **APTO Cumple con todos los criterios** | **X** | **APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.** | | **NO APTO Alto riesgo.** | |

**Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 101411**