LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS - IPS

Orden	**241011007**
Fecha Registro	11/10/2024 7:15:06
Fecha Impresión	11/10/2024 11:25:34

Paciente	ALEJANDRO CARDONA PAZ	**Sexo**	Masculino
Documento	CC 1053864604	**Teléfono**	3013623743
Fecha Nacimiento	1998-06-27 **Edad** 26 Años	**Correo**	

Empresa	*PARTICULARES*
Servicio	*Rutina*
Orden Externa	*42715*

Prueba		Resultado	Unidad	Valor Referencia
		QUÍMICA		
GLUCOSA EN SUERO		95	mg/dl	70-100
Método: Colorimétrico				
		PERFIL LIPIDICO		
COLESTEROL TOTAL		176	mg/dl	120-200
Método: Colorimétrico *Valores de Referencia en Adultos* *Aconsejable: Menor de 200 mg/dl* *Riesgo Moderado: 200 - 239 mg/dl* *Alto: > 240 mg/dl*				
COLESTEROL HDL		51	mg/dl	35-65
Método: Colorimétrico				
TRIGLICERIDOS	*	229	mg/dl	45-200
Método: Colorimétrico *Normal: Menor de 150 mg/dl* *Límite Alto: 150 - 199 mg/dl* *Alto: 200 - 499 mg/dl* *Muy Alto: > 500 mg/dl*				
COLESTEROL VLDL	*	45.80	mg/dl	6-34
COLESTEROL LDL		79.20	mg/dl	0-130
Optimo < 100 mg/dl *Casi óptimo 100 - 129 mg/dl* *Moderado 130 - 159 mg/dl* *Elevado 160 - 189 mg/dl* *Muy Elevado > 190 mg/dl*				
INDICE ARTERIAL		3.45		

Fecha Recepción: 11/10/2024 7:20:07
Fecha Validación: 11/10/2024 11:00:51

SANDRA MILENA CORRALES MEJÍA
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP. 10157

		HEMATOLOGÍA		
CUADRO HEMATICO				
RECUENTO DE LEUCOCITOS		6.2	10^3/uL	4.23-9.07
RECUENTO DE ERITROCITOS		5.39	10*6 x uL	4.63-6.08

LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS - IPS

Orden	**241011007**
Fecha Registro	11/10/2024 7:15:06
Fecha Impresión	11/10/2024 11:25:35

Paciente	ALEJANDRO CARDONA PAZ	**Sexo**	Masculino
Documento	CC 1053864604	**Teléfono**	3013623743
Fecha Nacimiento	1998-06-27 **Edad** 26 Años	**Correo**	

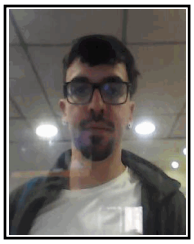
Prueba		Resultado	Unidad	Valor Referencia
HEMOGLOBINA		16.9	g/dl	13.7-17.5
HEMATOCRITO		47.7	%	40.1-51
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO		88.4	fl	80-100
HB CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	*	31.4	pg	26-30
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)		35.5	g/dl	31-37
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATICO		298	10^3/uL	150-450
LINFOCITOS %		40.7	%	21.8-53.1
MONOCITOS %		7.6	%	3-8
NEUTROFILOS %		47.6	%	34-67.9
EOSINOFILOS%		3.90	%	0.5-5
BASOFILOS %		0.20	%	0-1
LINFOCITOS		2.5	10^3/uL	1.32-3.57
MONOCITOS		0.47	10^3/uL	0.3-0.82
NEUTROFILOS		3.0	10^3/uL	1.78-5.38
EOSINOFILOS		0.24	10^3/uL	0.02-0.5
BASOFILOS		0.01	10^3/uL	0-0.1
RDW-CV		13.0	%	11.6-14.4
RDW - SD		42.4	fl	35.1-43.9
PDW		9.40	fl	9-17
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO		9.0	fl	9-13

Fecha Recepción: 11/10/2024 7:20:08

Fecha Validación: 11/10/2024 11:00:51

SANDRA MILENA CORRALES MEJÍA
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP. 10157

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 16,522

Fecha: 11/10/2024 **Municipio:** MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) **CC:** 1053864604 **Nombre:** CARDONA PAZ ALEJANDRO **Edad:** 26 AÑOS 3
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 6 MESES
Lugar del Último Examen: MANIZALES **Motivo Consulta:** INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
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	20/100	0.50	N/A	-3.00-0.50*10	20/20	0.50
O.I:	NO APLICA	20/200	0.50	N/A	-3.00-4.00*170	20/20	0.50
A.O:	NO APLICA	20/100	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **ANEXOS OCULARES SANOS**
OJO IZQUIERDO: **ANEXOS OCULARES SANOS**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-3.00-0.50*30** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **-3.00-3.75*160** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **-3.00-3.75*160** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD
OJO DERECHO: **-3.00-0.50*30** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **0.5** ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **32" DE ARCO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON ALTERACIÓN VISUAL, EL CUAL SE ENCUENTRA CORREGIDO DEBE USAR LENTES PERMANENTES PARA NO ALTERAR SU NORMAL DESEMPEÑO LABORAL,APTO PARA CARGO

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: QUIRAMA BETANCUR VALENTINA

R. M.: 1088349437 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

G1082M3S16522

PACIENTE

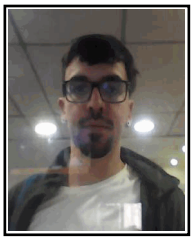


Firma:

Nombre: CARDONA PAZ ALEJANDRO

CC: 1053864604

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.548

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

PARTICULARES	PARTICULARES
Acuerdo comercial	Empresa

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

CARDONA PAZ ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC	1053864604
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *SE REALIZÓ EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR*

APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOCUIDADO, PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CONSUMIR DIETA SANA, REALIZAR ACTIVIDAD PARA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, MANTENER UN PESO SANO Y SI SU CASO APLICA CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS.

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: Ana Carolina Valencia R. Ana Carolina valencia R. Med. Esp. Medicina Laboral y Ocupacional Reg. Med. 15912 Lic. S.O. 72307

Nombre: VALENCIA RUIZ ANA CAROLINA

R. M.: 15912 **L.S.O.:** 72307

Código de Seguridad
O1082U1A21548

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARDONA PAZ ALEJANDRO

CC: 1053864604