DIPRESALUD IPS
Nit: 900.484.031-1
Carrera 19# 16B 16 - Barrio jorge Dangond
Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835
Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 8124**

Fecha: 15/03/2024 **Ciudad:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 32685096 **Nombre:** URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA **Edad:** 64 AÑOS 6 MESES 30 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 15/08/1959 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

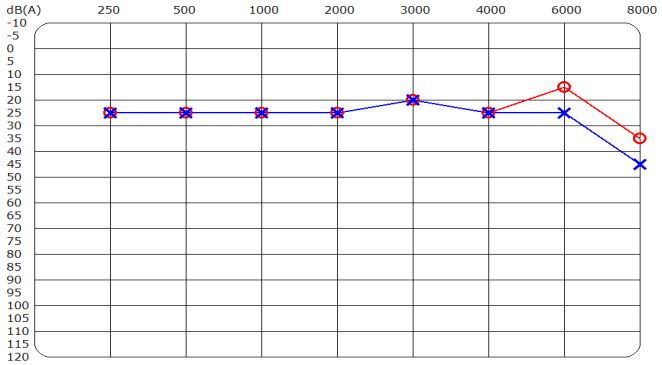
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 270 **F. Ultima Calibración:** 2022-05-05

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	25	25	25	25	20	25	15	35
VAOI	25	25	25	25	20	25	25	45

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

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Observaciones del diagnóstico

AUDICION NORMAL BILATERAL.

RECOMENDACION	OBSERVACION

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Lina Murgas Salas FONOAUDIOLOGA R.M 12053 TIMS
Nombre: MURGAS SALAS LINA LIZ
R. M.: 12053/2003 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
R944X2D8124

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA
CC 32685096

DIPRESALUD IPS
Nit: 900.484.031-1
Carrera 19# 16B 16 - Barrio jorge Dangond
Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835
Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 9,532

Fecha: 01/02/2024 **Municipio:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) **CC:** 32685096 **Nombre:** URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA **Edad:** 64 AÑOS 6
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: OPTOMETRIA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	VISION BORROSA DE CERCA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	PRESBICIE
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA DE CERCA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/50	2.00M	N/A	NO APLICA	N/A	0.50M
O.I:	NO APLICA	20/50	2.00M	N/A	NO APLICA	N/A	0.50M
A.O:	NO APLICA	20/50	2.00M	N/A	NO APLICA	N/A	0.50M

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H110	PTERIGION	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

REMISIONES

OTRAS : VALORACION POR OPTOMETRIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DEBE HACER CAMBIO DE GAFAS A BIFOCAL O PROGRESIVOS

OPTOMETRA



Firma:
Nombre: CARDENAS NARVAEZ XIOMARA ELIZABETH
R. M.: 18083/06 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
N944T3Z9532

PACIENTE

Firma:
Nombre: URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA
CC: 32685096

DIPRESALUD IPS
Nit: 900.484.031-1
Carrera 19# 16B 16 - Barrio jorge Dangond
Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835
Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.023

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	03 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA	FEMENINO	64 AÑOS 6 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	32685096 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HTA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : VALORACION OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MANTENER MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA COVID 19 TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADOS DE MANO.

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: VANEGAS MARTINEZ SAMUEL ALBERTO

R. M.: 442711 **L.S.O.:** 3915

Código de Seguridad
M944S1Y14023

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: URECHE DELUQUEZ LEYDA SORAYA

CC: 32685096