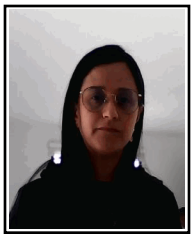
Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 20/01/2025 - 10:02 A. M.
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTORA
Nombres y Apellidos: FERNANDEZ GUERRERO ASTRID **:CC** 34316896 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 22/05/1981 12:00
Edad: 43 AÑOS 7 M **Lugar de Nacimiento:** **Dir. Residencia:** POPAYAN
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **E.P.S:** NO REFIERE **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo
SENA	INSTRUCTORA	MENOR DE 12 KG	SENTADO	SI	2/H/D

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

MÉDICO



Firma:

Nombre: OSORIO MUÑOZ ELSA MARLENE

R. M.: 06413/06/2022 **L.S.O.:** 06413/2022

TRABAJADOR

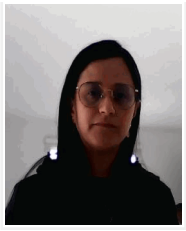


Firma:

Nombre: FERNANDEZ GUERRERO ASTRID

CC 34316896

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 2250**

Fecha: 20/01/2025 **Ciudad:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**
CC: 34316896 **Nombre:** FERNANDEZ GUERRERO ASTRID **Edad:** 43 AÑOS 7 MESES 30 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 22/05/1981 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NINGUNA	NINGUNA	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		

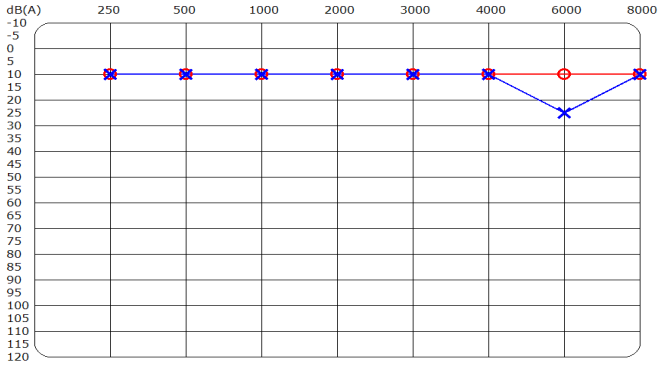
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: **F. Ultima Calibración:**

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	10	10	10	10	10	10	10	10
VAOI	10	10	10	10	10	10	25	10

PTA Oido derecho: 10.00 **PTA Oido izquierdo:** 10.00

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	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma: CarmenViveros
Nombre: VIVEROS PESCADOR CARMEN ELENA
R. M.: 25281065 **L.S.O.:**

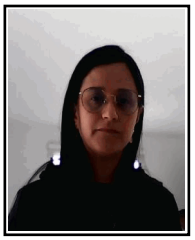
Código de Seguridad
V1003B2H2250

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: FERNANDEZ GUERRERO ASTRID
CC 34316896

SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.159

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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)

FERNANDEZ GUERRERO ASTRID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 7 MESES 30 DÍAS	CC	34316896
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO 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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES .

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: ELSA MARLENE OSORIO MUÑOZ
CC 34533693 Popayán
LIC SO 034/22

Nombre: OSORIO MUÑOZ ELSA MARLENE

R. M.: 06413/06/2022 **L.S.O.:** 06413/2022

Código de Seguridad
S1003Y1E11159

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FERNANDEZ GUERRERO ASTRID

CC: 34316896

Historia de optometría

Optica Milap

Dr. MARGARITA ROSA IDROBO LONDOÑO — Historia Nº 1.240

Teléfono: 6028353611 Celular: 3166085291

CARRERA 10 #17N-60 LC 1 — lunes, 20 de enero de 2025 11:10:16a. m.

Paciente ASTRID FERNANDEZ GUERRERO — Documento 34316896 — Cel 3146438871 — Tel

Dirección — POPAYAN — Edad 43 — Ocupación instructora

Afiliación CONTRIBUTIVO — Control visual anterior 2 años

Acompañante NO APLICA — Vínculo NO APLICA — Teléfono NO APLICA

Responsable NO APLICA — Dirección NO APLICA — Vínculo NO APLICA — Teléfono NO APLICA — Dirección NO APLICA

Motivo consulta: HOY SOLICITA CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL PARA INGRESO LABORAL. cargo: instructora para el sena. ingeniera de sistemas.

Antecedentes personales: usuario gafas permanentes desde los 25 años

Antecedentes familiares: NO REFIERE

Antecedentes laborales: exposicion pantallas de computador.

Lensometría

		AV Lejos SC	AV Lejos CC	AV Lejos PH	AV Cerca SC	AV Cerca CC	AV Cerca PH
OD	-2.00	20/	20/ 20		0.75 m		
OI	-2.00	20/	20/ 20		0.75 m		

Add

Observación: refiere buena vision de lejos con sus gafas actuales. para leer se las retira

Exámen externo

anexos sanos, marcda hiperemia region bulbar y tarsal ambos ojos

Oftalmoscopía

retina sana y aplicada ambos ojos.

Queratometría

	Horizontal	Vertical	Eje	Dif
OD	42,75	43,25	0	-0,50
OI	43,00	43,50	0	-0,50

Miras

Exámen motor

KrimskyNo Cover TNo

VL Ortho

40cm orto

20cm orto

PPC 8 cm

Presión intraocular

OD mmHG OI mmHG

Refracción

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
OD	-2,25			+1,50
OI	-2,25			+1,50

Estática No Dinámica No

Reflejos

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AVL	AVC
OD	-2,25			+1,50		20/20	0.50 m
OI	-2,25			+1,50		20/20	0.50 m

Test's

Estereópsis: AO: Normal

Visión Cromática: AO: Normal

Disposición

1. progresivo gama media con antireflejo
2. carboximetilcelulosa al 0.5%- 1 frasco. aplicar 1 gota cda 6 horas en cada ojo por 30 dias

Diagnóstico

AO H104 CONJUNTIVITIS CRONICA
AO H524 PRESBICIA
AO H521 MIOPIA
AO Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendación

su capacidad visual es adecuda para el desempeño de su trabajo habitual, gracias a la correccion que tiene- recomiendo actualizar la formula de los lentes

Dra. Margarita Idrobo L.
OPTOMETRISTA

Firma profesional

OD: Ojo derecho SC: Sin correción AV: Agudeza visual AVC: Agudeza visual cercana Evento adverso: No

OI: Ojo izquierdo CC: Con correción AVL: Agudeza visual lejana Violencia sexual: No

Scanned with CamScanner

Laboratorio Clínico Especializado
Martha Cecilia Perdomo IPS
NIT 34530326-3
Bacterióloga y Laboratorista Clínico – U. Católica
Especialista en Microbiología Médica – U. Javeriana

Paciente:	**FERNANDEZ GUERRERO ASTRID**			**Orden No.: 202501250005**	
Historia:	34316896	Fecha de nacimiento:	1981-05-22	Fecha y Hora de ingr	2025-01-25 06:38
Telefono:	3146438871	Edad:	43 Años	Fecha de impresión:	2025-01-25 10:42
Cliente:	PARTICULAR			Medico:	
AUTORIZACION:				202501250005	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Fecha y hora de validación
	QUÍMICA			
GLUCOSA EN SUERO	86	mg/dl	70 - 105	25/01/2025 08:40
Técnica:Oxidasa/Peroxidasa				

Dra. Carmen Rosa Urbano
Universidad Católica de
Manizales Registro: 116

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO
MARTHA CECILIA PERDOMO IPS