

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
BacteriólogaDRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
PatólogaDRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre : NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS
Identificación : 34570882
Edad : 47 años
Entidad : Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra : Enero 04/2024
Fecha informe de muestra : Enero 04/2024

EXAMEN SOLICITADORESULTADOV. REFERENCIA

Glicemia Basal : 108 mg/dl 50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.



Carmen Elisa Rentería P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM N° 3026



ESENCIA VISUAL
ESENCIA VISUAL
Nit: 1030604018 - 0
Teléfono: 3026887777
Celular: 3026887777
Calle 5 # 9-61
contabilidadesenciavisual@gmail.com

Fecha 3/01/2024 4:30:46p. m.

Paciente HONORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS

Dirección CRA 10 #642 001

Afiliación 4 Entidad NUEVA EPS

Documento 34570882

Cel 3175179011

Edad 47

Tel 0

Ocupación INDEPENDIENTE

Historia N° 1.990

Control visual anterior 1 año

Acompañante NO APLICA

Vínculo NO APLICA

Teléfono NO APLICA

Responsable NO APLICA

Dirección NO APLICA

Vínculo NO APLICA

Dirección NO APLICA

Teléfono NO APLICA

Motivo consulta Control visual, usaria de gafas de lectura, usa mucho tiempo dispositivos electrónicos.

Antecedentes Rinitis alérgica
personales

Antecedentes NO REFIERE
familiares

Antecedentes
laborales

Lensometría

AV Lejos

AV Cerca

Exámen externo

OD +0.75

Add

SC 20/ 20-1

CC 20/

PH

SC 20/200

CC 20/150

OI +0.75

SC 20/ 20

CC 20/

SC 20/200

CC 20/25

Observación Usa RX solo de VP

Dermatochalasis, pequeña
protuberancia borde palpebral,
párpado superior OD tercio
externo, hiperemia bulbar y tarsa
grado 2, reacción papilar grado
2.

Oftalmoscopia

Queratometría

Exámen motor

Medios transparentes, retina aplicada,
papila redonda con bordes definidos

	Horizontal	Vertical	Eje	Dif
OD	42,00 /	42,25 /	0 /	-0,25
OI	42,00 /	45,25 /		-3,25

Miras

KrimskyNo Cover TSí

VL Ortho
40cm X
20cm X
PPC

Presión intraocular

OD	mmHG	OI	mmHG

Refracción

Subjetivo

Esfera Cilindro Eje Adición

OD +1,25 -0,50 90

OI +1,25 -0,25 90

Estática Sí Dinámica No
Reflejos

Esfera Cilindro Eje Adición DP AVL AVC

OD +0,50 -0,50 90 +1,50 . 20/20 20/20

OI +0,00 +1,50 . 20/20 20/20

Test's

Disposición

Diagnóstico

Estereópsis

Visión Cromática

Uso de RX y medicamentos

40 SEGUNDOS DE ARCO

AO: Normal

H524 PRESBICIA
H522 ASTIGMATISMO
H520 HIPERMETROPIA
H101 CONJUNTIVITIS ATOPICA
AGUDA

Recomendación MULTIFOCAL AR

Katherine Duarte Hernández
Katherine Duarte Hernández
Universidad Antonio Nariño
Óptometra
1030604018

Firma KATHERINE DUARTE HERNÁNDEZ TP103060401

OD: Ojo derecho SC: Sin corrección
OI: Ojo izquierdo CC: Con corrección

AV: Agudeza visual

AVC: Agudeza visual cercana

AVL: Agudeza visual lejana

Evento adverso: No

Violencia sexual: No



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860

E-mail: ips@comfacaucac.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 114.862

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
04 DÍA	01 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL				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)											
BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				FEMENINO		47 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS		CC	34570882		
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Carga											
INSTRUCTORA											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO											
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:											
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓		GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A LA ORINA					
AUDIOMETRIA				✓							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : MEDIAS COMPRESIVAS 8-15MMHG				USO DE EPP				HABITOS SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS				CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO.			
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO				CAPACITACIÓN : EN SST				HACER DEPORTE			
VALORACIÓN POR EPS								DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
CONCEPTO MÉDICO LABORAL: EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES. SIN DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN LABORAL. PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.											
AUDIOMETRIA CON HIPOACUSIA LEVE PARA FRECUENCIAS GRAVES, QUE NO AFECTA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES FONOAUDIOLOGIA SUGIERE CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO, LAVADO AUDITIVO OIDO DERECHO LAVADO AUDITIVO OIDO IZQUIERDOS AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA. GLICEMIA ALTERADA EN AYUNAS, SE INDICA REALIZAR SEGUIMIENTO EN SU EPS. LO ANTERIOR NO GENERA RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES DEL CARGO.											
RECOMENDACIONES:											
- PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO , SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUE SEA NECESARIO , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZÚCARES.											
-PARA LA EMPRESA: PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL.											
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.											

Dra. Nancy Carolina Mopan R.
Médica Especialista
Seguridad y Salud en el Trabajo
P.M. 1061738450
Licencia SST 07548-11-2021



Código de Seguridad

Firma:

Nombre: BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA

rma:
Nombre: MOPAN RODRIGUEZ NANCY CAROLINA

R. M.: 1061738450

L.S.O.: 07548-11-2021

E670K1Q114862

CC: 34570882



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES		Atención N°: 34019
Fecha:	04/01/2024	Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Examen:	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
CC:	34570882	Nombre: BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA
Edad:	47 AÑOS 10 MESES 18 DÍA	Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento:	16/02/1976	Empresa: PARTICULARES
Ocupacion:	INSTRUCTORA	

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

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

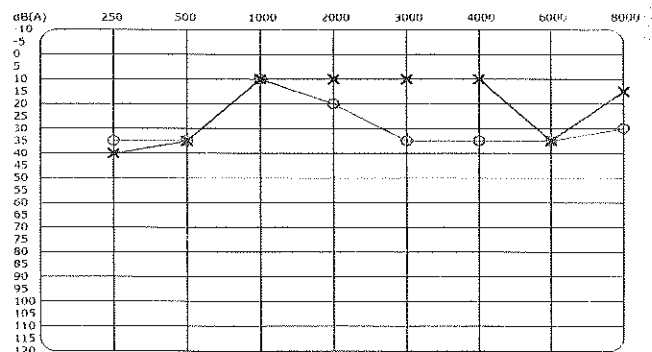
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	OCASIONAL
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA	
Descanso auditivo(Horas):	Realizó re test: NO
Marca y Referencia audiómetro utilizado:	AMPLIVOX 116
Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI
F. Ultima Calibración:	2023-03-15

☐ : Via aérea del OD ☒ : Via aérea del OI
☒ : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) ☐ : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	CERUMEN IMPACTADO
Oído izquierdo:	CERUMEN IMPACTADO

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	35	35	10	20	35	35	35	30
VAOI	40	35	10	10	10	10	35	15



PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
25.00	16.25

SEVERIDAD - CAOHC	
Oído derecho:	Oído izquierdo:
Leve(25 - 40 dB)	Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	NO APLICA	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO LAVADO AUDITIVO OIDO DERECHO LAVADO AUDITIVO OIDO IZQUIERDO AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	

Observaciones
IDX. O.D: HIPOACUSIA LEVE PARA LAS FRECUENCIAS GRAVES DE 250 HZ Y 500 HZ Y PARA LAS FRECUENCIAS AGUDAS DE 3KHZ A 8KHZ O.I: HIPOACUSIA LEVE PARA LAS FRECUENCIAS GRAVES DE 250 HZ Y 500 HZ Y PARA LA FRECUENCIA AGUDA DE 6KHZ . SE RECOMIENDA REALIZAR LAVADO AUDITIVO BILATERAL Y REPETIR LA AUDIOMETRÍA.

FONOAUDIÓLOGO

Contrato de Prestación de Servicios
de Prestación de Servicios de Fonoaudiología
Firma: *[Firma]*
Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA
R. M.: 655365 L.S.O.:

Impreso el 05/01/2024 a las 10:40 a.m.



Código de Seguridad
R670X2D34019

Página 2 de 2

TRABAJADOR

[Firma]
Firma:
Nombre: BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA
CC: 34570882

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTOS

VACUNA	1A DOSIS	2A DOSIS	3A DOSIS	REF.	REF.
HEPATITIS B	04-01-24 PREVENT-SALUD 03-2-2024 No. Lote <u>hulu</u>	05 Fcb No. Lote <u>2024</u>	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____
TETANO	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____
VPH (virus del papiloma humano)	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____
INFLUENZA	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____	No. Lote _____