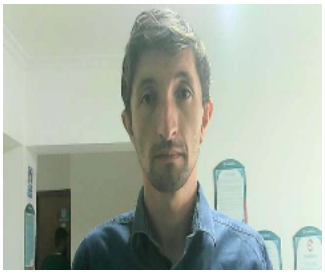
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	**DIRECCIÓN**	CARRERA 19 Nº 23 - 65 BARRIO LOS NARANJOS
TELÉFONO	4358314	**EMAIL**	santamarta@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA			Identificación CC	Nro 1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERO MECATRONICO				
Fecha Ingreso	2023-01-20 09:52:33	**Fecha Salida**	2023-01-20 14:49:13		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: ANUAL POR SU EPS
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



CARLOS ANDRES BARRERA PARRA
RM: 1082984804
Firma y sello del médico



JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
CC 1015414925
Firma del trabajador

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA		
Identificación	CC	**No. Documento**	1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33 años 3 meses 27 dias
Sexo	M	**Empresa**	PACIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-20 09:20:00	**Sede**	CENDIATRA SANTAMARTA

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	81.8	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ARCHIVO ADJUNTO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	.	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	278.5	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	106.1	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	65.9	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	191.38	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-21



JOSE DAVID BOHORQUEZ DIAZ
1067896849
Firma y sello del médico evaluador

LABORATORIO CLINICO BIOLUZ

NIT 900.109.371-2

Calle 22 No. 14-70 Tel: 4310429

Fecha: 20/01/2023 02:35 p.m. SEDE: Principal

Paciente: JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
Edad: 33 A **Sexo:** M **Identificación:** 1015414925
Teléfonos:
Empresa: CENDIATRA

Recepción: 84451 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 20/01/2023 02:28:38 p.m.
Médico: No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
1 **HEMOGRAMA Tipo IV**		
ERITROGRAMA		
Eritrocitos	4800000 /mm3	3900000 a 5100000 /mm3
Hemoglobina	16.1 gr/dl	14.5 a 16.50 gr/dl
Hematocrito	46.8 %	31 a 43 %
Volumen corpuscular medio (MVC)	96.4 um3	80 a 97 um3
Hemoglobina Corpuscular (MHC)	33.1 pg	26.5 a 33.5 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular (CHC)	34.4 gr/dl	31 a 38 Gr /d
Indice de distribución eritrocitaria (RDW)	12.7 %	11.5 a 15.0 %
LEUCOGRAMA		
Recuento de Leucocitos	5700 /mm3	5000 a 10000 /mm3
P.N. Neutrofilos	62.9 %	45 a 65 %
P.N. Eosinofilos	6.6 %	1 a 5 %
Linfocitos	30.5 %	30 a 40 %
RECUENTO DE PLAQUETAS		
Recuento de Plaquetas.	295000 /mm3	150000 a 450000 /mm3

NOTA: Los valores de referencia del Hemograma son clasificados por sexo y rangos de edad acordes con el paciente.

Volumen plaquetario medio (MPV)	7.4 umc	6.0 a 10.0 umc
Plaquetocrito (PCT)	0.218 %	0.150 a 0.500 %
Volumen ancho de distribución (PDW)	14.8 %	8.0 a 18.0 %

ALVARO RUIZ VENCE

Powered by CamScanner

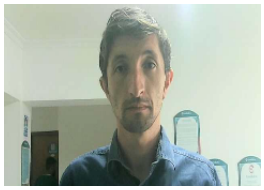
Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-01-20

Fecha impresión : 2023-01-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA		
Identificación	CC	**Nro**	1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33
Genero	M	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Profesional
Estrato	3	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	BARRIO BOGOTA CUIDADELA	**Telefono**	3107154314
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	INGENIERO MECATRONICO
Ciudad - Sede	Santa Marta	**Sede**	CENDIATRA SANTAMARTA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION	
OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ACTIVIDADES EXTRALABORALES	
COSTURA	NO
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	NO
ACTIVIDADES HOGAR	NO
ACTIVIDADES MANUALES	NO
ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	
ESPECIFICOS	
ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
OSTEOARTRITIS	NO
AMPUTACIONES	NO
ENF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
LIMITACION FUNCIONAL	NO
SD TUNEL CARPO	NO
ENF DE LA COLUMNA	NO
CERVICALGIA	NO
LUMBALGIA	NO
MIALGIAS	NO
TENDINITIS	NO
RADICULOPATIAS	NO
TENDINITIS BURSITIS	NO
ESGUINCES	NO
FRACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO
DESCRIPCION	
EXAMEN FISICO	
COLUMNA INSPECCION	
POSTURA	NORMAL
ALINEACION	NORMAL
SIMETRIA	NORMAL
ESCOLIOSIS	NORMAL
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES	
OBSERVACIONES	
EXTREMIDADES	
HOMBRO	NORMAL

Cendiatra

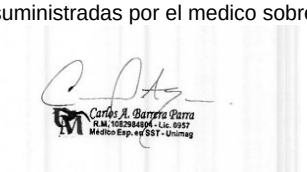
HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-01-20 **Fecha impresión : 2023-01-21**

BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	
PRUEBAS ESPECIFICAS	
PRUEBA DERECHA	
DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
PRUEBA IZQUIERDA	
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





CARLOS ANDRES BARRERA PARRA
RM: 1082984804
Firma y sello del médico evaluador

JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
Documento: CC 1015414925
Firma del trabajador

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/21
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	**DIRECCIÓN**	CARRERA 19 Nº 23 - 65 BARRIO LOS NARANJOS
TELÉFONO	4358314	**EMAIL**	santamarta@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA			Identificación CC	Nro 1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERO MECATRONICO				
Fecha Ingreso	2023-01-20 09:42:25	**Fecha Salida**	2023-01-21 11:52:11		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	CORRECCION VISUAL POR MIOPIA, ULTIMA CONSULTA VISUAL HACE 1 MES
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	EXAMEN VISUAL OCUAPCIONAL

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/40
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/30
CON CORRECCION OI	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
CON CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
CON CORRECCION OI	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	ORTHO
HIRSCHBERG	CENTRADO

QUERATOMETRIA

OD	NO SE REALIZA
OI	NO SE REALIZA

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-050-075*10 20/20
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	-0.25-0.50*90 20/20

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
OBSERVACIONES	SEGUIR CON USO DE LENTES, CONTROL ANUAL

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	SI	POR SU EPS

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas

paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Oscar Leonardo Angulo Fula
Optómetra FM-S.M.
Especialista en Salud Ocupacional
RM: 1932429

JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
CC 1015414925

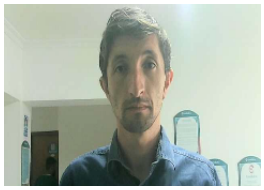
Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2023-01-20

Fecha impresión : 2023-01-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA		
Identificación	CC	**Nro**	1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33
Genero	M	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Bachiller
Estrato	3	**Ciudad**	Bogotá, D.C.
Direccion	BARRIO BOGOTA CUIDADELA	**Telefono**	3107154314
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	**Cargo**	INGENIERO MECATRONICO
Ciudad - Sede	Santa Marta	**Sede**	CENDIATRA SANTAMARTA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	ASINTOMATICO
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	NIEGA ANTECEDENTES
CUESTIONARIO	
TEXTO1	
TEXTO2	
1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?	NO
TEXTO3	
2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?	NO APLICA
TEXTO4	
8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?	NO
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	50
TALLA (CM)	175
IMC (M2)	16.33
CLASIFICACION	Bajo peso
FC (MIN)	71
TA (MMHG)	128/79
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

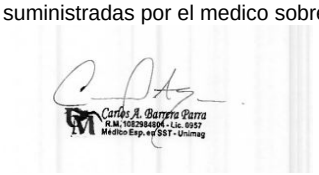
Consentimiento Informado del Trabajador:

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2023-01-20 **Fecha impresión : 2023-01-21**

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas para mi empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



CARLOS ANDRES BARRERA PARRA
RM: 1082984804
Firma y sello del médico evaluador



JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
Documento: CC 1015414925
Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 20/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/SANTAMARTA
NOMBRE: JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
CÉDULA: 1015414925
EDAD: 33 CARGO: INGENIERO MECATRONICO

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.
*Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo a test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnóstico.

María Angélica Rosales
PSICÓLOGA - T.P 168773
Especialista S.S T
Resolución 10099

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefixQVuClJ

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/20
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	**DIRECCIÓN**	CARRERA 19 Nº 23 - 65 BARRIO LOS NARANJOS
TELÉFONO	4358314	**EMAIL**	santamarta@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-20	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA			Identificación CC	Nro 1015414925
Fecha de Nacimiento	1989-09-24	**Edad**	33	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INGENIERO MECATRONICO				
Fecha Ingreso	2023-01-20 09:48:31	**Fecha Salida**	2023-01-20 09:53:02		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI	OCASIONALMENTE
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	INGENIERO MECATRONICO
TIEMPO EN EL CARGO	10 AÑOS

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

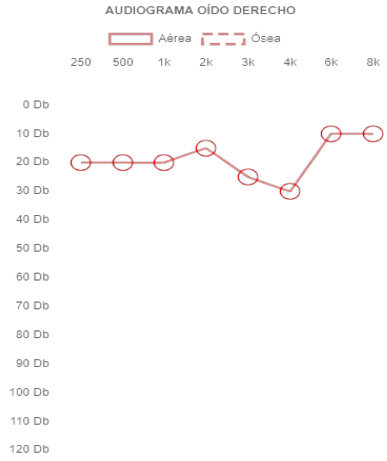
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

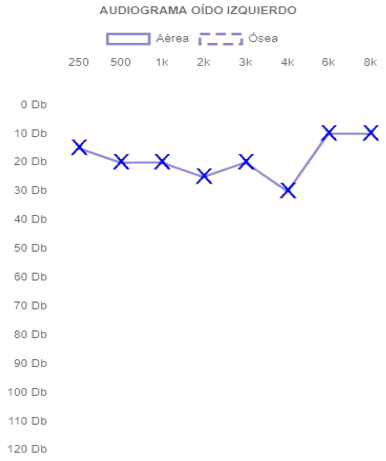
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/20
www.cendiatra.com

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	20			20			20			15			25			30			10			10		
OI	15			20			20			25			20			30			10			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI	OCASIONALMENTE
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	INGENIERO MECATRONICO
TIEMPO EN EL CARGO	10 AÑOS

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	22.5	
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	23.75	

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

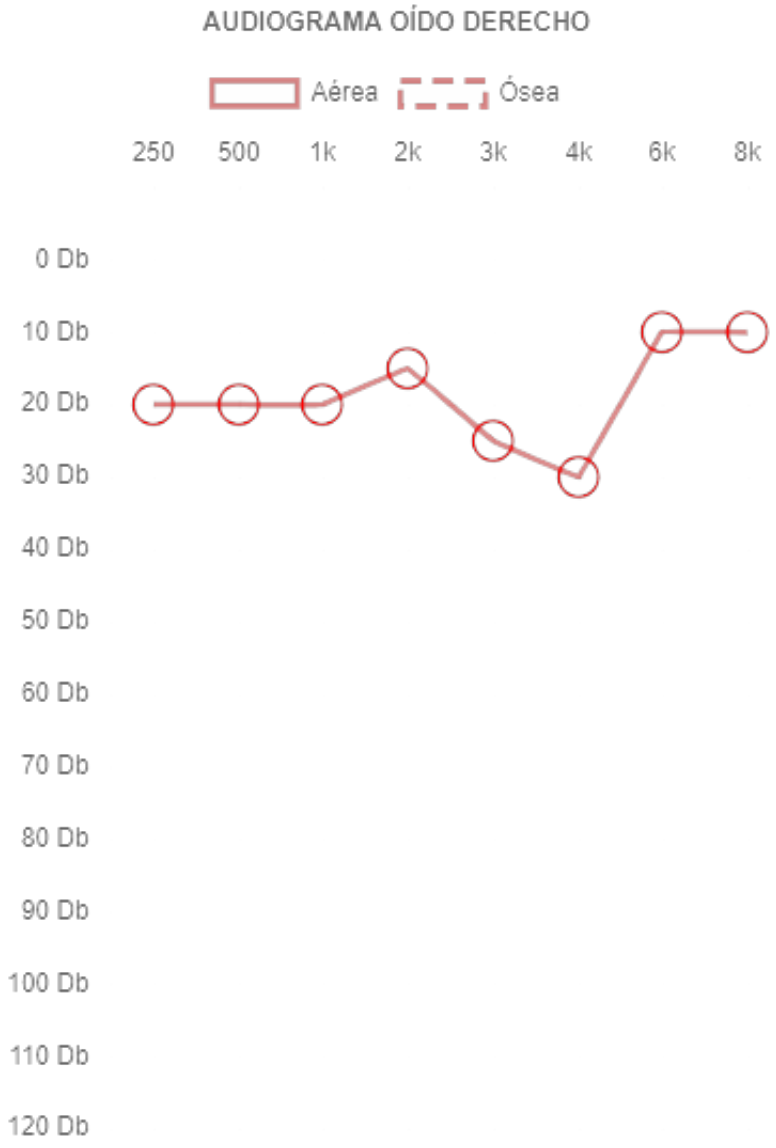
Dra. Patricia Delgado Guerrero
FONOAUDIÓLOGA - UNIMETRO
ESP. Salud Ocupacional - U. DEL NORTE
T.P. 02548

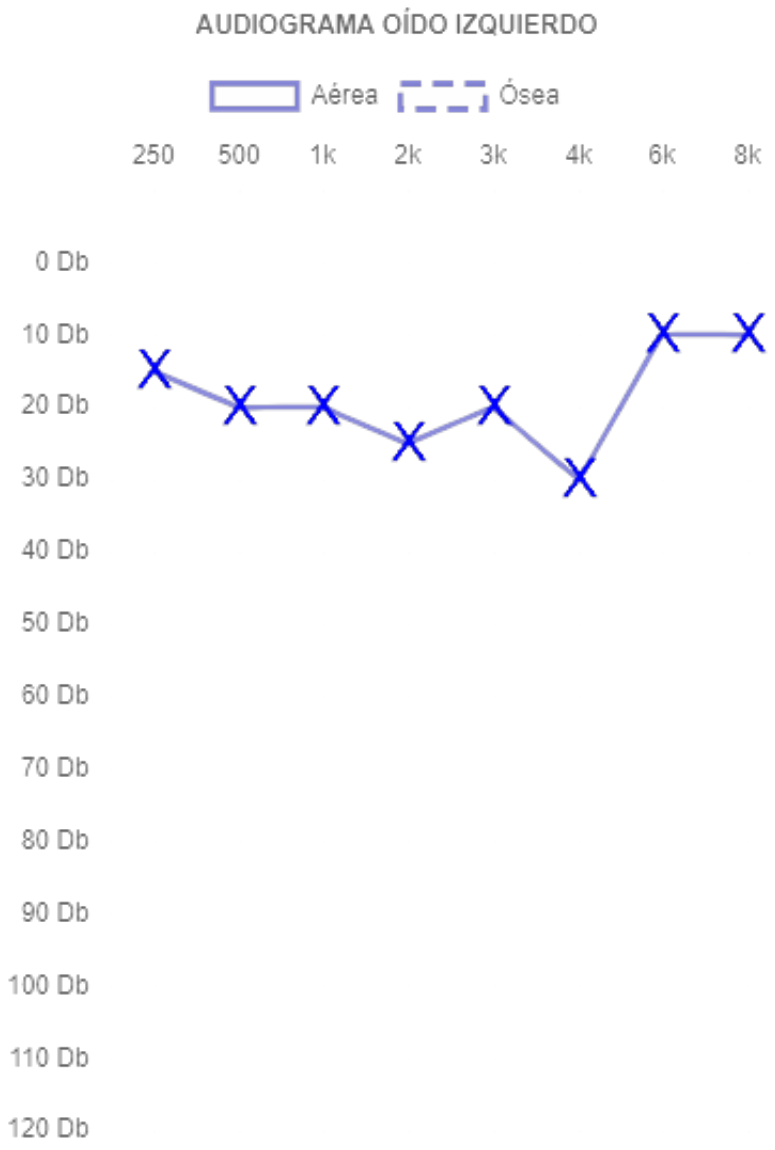
LIBIA PATRICIA DELGADO
RM: 36450912
Firma y sello del médico evaluador

JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
CC 1015414925
Firma del trabajador evaluado

Cendiatra

Imagenes anexas




AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db