Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS S.A.S
Salud Empresarial y Auditoría Médica

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 24/01/24 Empresa: Sena Tipo de examen: I X P R A
Nombre: Natalia Carolina Escobar CC No: 1110174465
Sexo: F X M Edad: 35 Tel: 3166911214 Cargo: Instructora
Antigüedad: Reposo auditivo: SI NO Uso de EPA: SI NO Tipo:

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLOGICOS								EXTRALABORALES			
OTALGIA	Si		No	INGESTA OTOTOXICOS	Si		No	MOTO	Si		No
OTITIS	Si		No	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si		No	TEJO	Si		No
OTORREA	Si		No	QUIRURGICO				SERVICIO MILITAR	Si		No
OTORRAGIA	Si		No	CIRUGIA DE OIDO	Si		No	POLIGONO	Si		No
PRURITO	Si		No	TIMPANOPLASTIA	Si		No	DISCOTECA	Si		No
SENSACION OIDO TAPADO	Si		No	CX CABEZA O CUELLO	Si		No	WALMAN	Si		No
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	Si		No	PATOLOGIAS				INSTRUMENTO MUSICAL	Si		No
TINITUS/ACUFENOS	Si		No	HIPERTENSION ARTERIAL	Si		No	ARMA DE FUEGO	Si		No
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIE	Si		No	DIABETES	Si		No	VIVE ZONA DE RUIDO	Si		No
AUDIOMETRIA PREVIA	SI		No	RENITIS/SINUSITIS	Si		No				

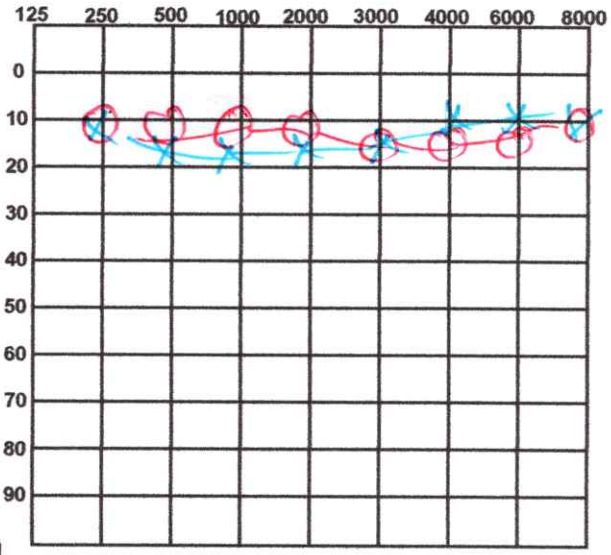
TIEMPO EN EL OFICIO:

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN X RESTOS DE CERUMEN OI: CAE LIBRE DE CERUMEN X RESTOS DE CERUMEN

Observaciones:

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL			X

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD						
OI						

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

FECHA DE CALIBRACION DEL EQUIPO 11-01-2024

OD: Normal FRECUENCIAS

OI: Normal FRECUENCIAS

9. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGÚN PVE ANUAL X SEMESTRAL ___ USO DE EPA SEGÚN PVE ___ X AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA___ AUDIOMETRIA CLINICA ___
VALORACION POR ORL: ____ EXAMENES COMPLEMENTARIOS___ LIMPIEZA OTICA OD__ OI__ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL__X NO UTILIZAR EMP 3 ___

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometria, asi mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la nformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las caracteristicas, estadísticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: NORMAL(0-20 dB), LEVE(25-40 dB), MODERADO(41-60 dB), SEVERO(61-80 dB), PROFUNDO(81 dB)

Paola A. Rodriguez D
FONOAUDIÓLOGA
U. Nacional

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.968

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
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)

ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS 7 MESES 24 DÍAS	CC	1110174965
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Dependencia del Trabajador
INSTRUCTOR PRESENCIAL	**SENA REGIONAL TOLIMA - CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

VISIOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	✓
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AL INGRESO SE ENCUENTRA TRABAJADOR EN BUENA CONDICION, SIN RESTRICCION MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.

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: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA

R. M.: 17085 **L.S.O.:** 73305

Código de Seguridad
M579S1Y23968

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA

CC: 1110174965

Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 12,143

Fecha: 24/01/2025 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 1110174965 **Nombre:** ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLIN **Edad:** 35 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR PRESENCIAL **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: IBAGUE **Motivo Consulta:** INGRESO OCUPACIONAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
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	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	20/20	0.5
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	20/20	0.5
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	20/20	0.5

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCIONES VISUALES

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: VELANDIA RODRIGUEZ RICARDO
R. M.: 12105 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
F579L3R12143

PACIENTE

Firma:
Nombre: ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA
CC: 1110174965

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
V1267B33H43124

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 43124

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 24 de enero de 2025 10:55:33 a.m.

Nombres y Apellidos: ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA **CC:** 1110174965 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 01/06/1989 **Edad:** 35 AÑOS 7 MESES 24 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMÉN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	61	60-110mg/dl

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

ENFASIS PSICOSOCIAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
24	**1**	**2025**	IBAGUE	Ingreso	**X**	Egreso		Periódico	
DD	MM	AAAA	CIUDAD						

Trabajo en Alturas		Porte de Armas		**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA -**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

NATALIA	**CAROLINA**	**ESCOBAR**	**MENDEZ**	Doc. identificación	
					1.110.174.965
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo	Número

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	**X**	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACION SUICIDA	NO SE DETECTA	**X**	SE DETECTA ALTO RIESGO			
ESTADO PSICOSOCIAL	SATISFACTORIO	**X**	SE DETECTA ALTO RIESGO		APLAZADO	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJO	**X**	MEDIA		ALTA	
ACROFOBIA	BAJA	**X**	MEDIA		ALTA	

Observación	**SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CONSCIENTE DE SUS ACTOS Y RESPONSABILIDADES**

Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 101411