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 IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-11-01	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA			Identificación CC	Nro 5821549
Fecha de Nacimiento	1980-05-21	**Edad**	43	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	DOCENTE ADMINISTRATIVO				
Fecha Ingreso	2023-11-01 12:40:03	**Fecha Salida**	2023-11-01 13:16:45		

EXAMENES

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: Control periódico anual por Optometría.
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014.

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.

MD. Jairo Enrique Buendia C.
Esp. Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad EAN - TOLIMA
RES: 73-1336 / 25 - 06-2020

JAIRO ENRIQUE BUENDIA CABEZA
RM: 72169541
Firma y sello del médico

JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA
CC 5821549
Firma del trabajador

VALORACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

EMPRESA: PARTICULAR/IBAGUÉ
FECHA: 01/11/2023
NOMBRE COMPLETO: JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA
CÉDULA: 5821549
EDAD: 43 CARGO: DOCENTE ADMINISTRATIVO
EVALUACIÓN: Preingreso: X Periódico: _____ Egreso laboral: _____

CONCEPTO PSICOLOGICO	
Con aparente alteración en la escala de salud mental	
Sin aparente alteración en la escala de salud mental	x

VALORACIÓN CONDUCTUAL

Área Cognitiva: Paciente dentro de los parámetros, presenta una adecuada capacidad cognoscitiva. Orientado, consciente, con adecuada concentración y atención.

Área Emocional: Adecuada, el paciente responde de manera consistente con los eventos y acontecimientos propios de su vida laboral, familiar y social.

Nivele de Estrés: Indicativo bajo en frecuencia de síntomas de estrés, no se evidencia dificultad en la higiene del sueño en el momento de la consulta.

Valoración del factor psicosocial: Se percibe mediante entrevista riesgo bajo, las condiciones que se encuentran presentes frente a su situación laboral y que están directamente relacionadas con las condiciones ambientales, no interfieren en su salud mental; sin embargo, es importante supervisar a corto, mediano y largo plazo los factores de riesgo psicosocial que el trabajador pueda llegar a obtener dentro de su jornada de trabajo.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con las pruebas realizadas a la fecha, no se evidencia ninguna alteración relevante en las escalas evaluadas.

FIRMA DEL EVALUADOR:

Jahaira Patiño Pinzón
Psicóloga - Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
T.P. 210648- Lic. 1158

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/11/01
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-11-01	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA		Identificación CC	Nro 5821549	
Fecha de Nacimiento	1980-05-21	**Edad**	43	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	DOCENTE ADMINISTRATIVO				
Fecha Ingreso	2023-11-01 13:06:26	**Fecha Salida**	2023-11-01 13:09:30		

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	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	DOCENTE ADMINISTRATIVO
NIVEL DEL RUIDO	AMBIENTE
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	AUDITOR
TIEMPO EN EL CARGO	10 MESES
NIVEL DEL RUIDO	AMBIENTE
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

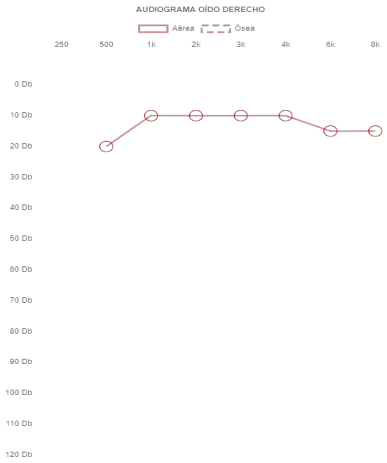
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

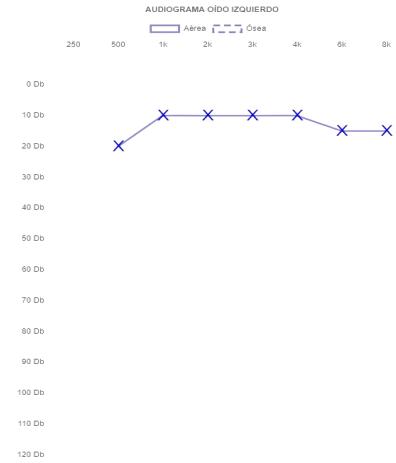
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	

USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

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			10			10			10			10			15			15		
OI				20			10			10			10			10			15			15		

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	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	DOCENTE ADMINISTRATIVO
NIVEL DEL RUIDO	AMBIENTE

TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	AUDITOR
TIEMPO EN EL CARGO	10 MESES
NIVEL DEL RUIDO	AMBIENTE
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	10

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

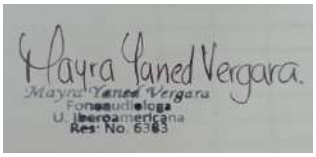
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

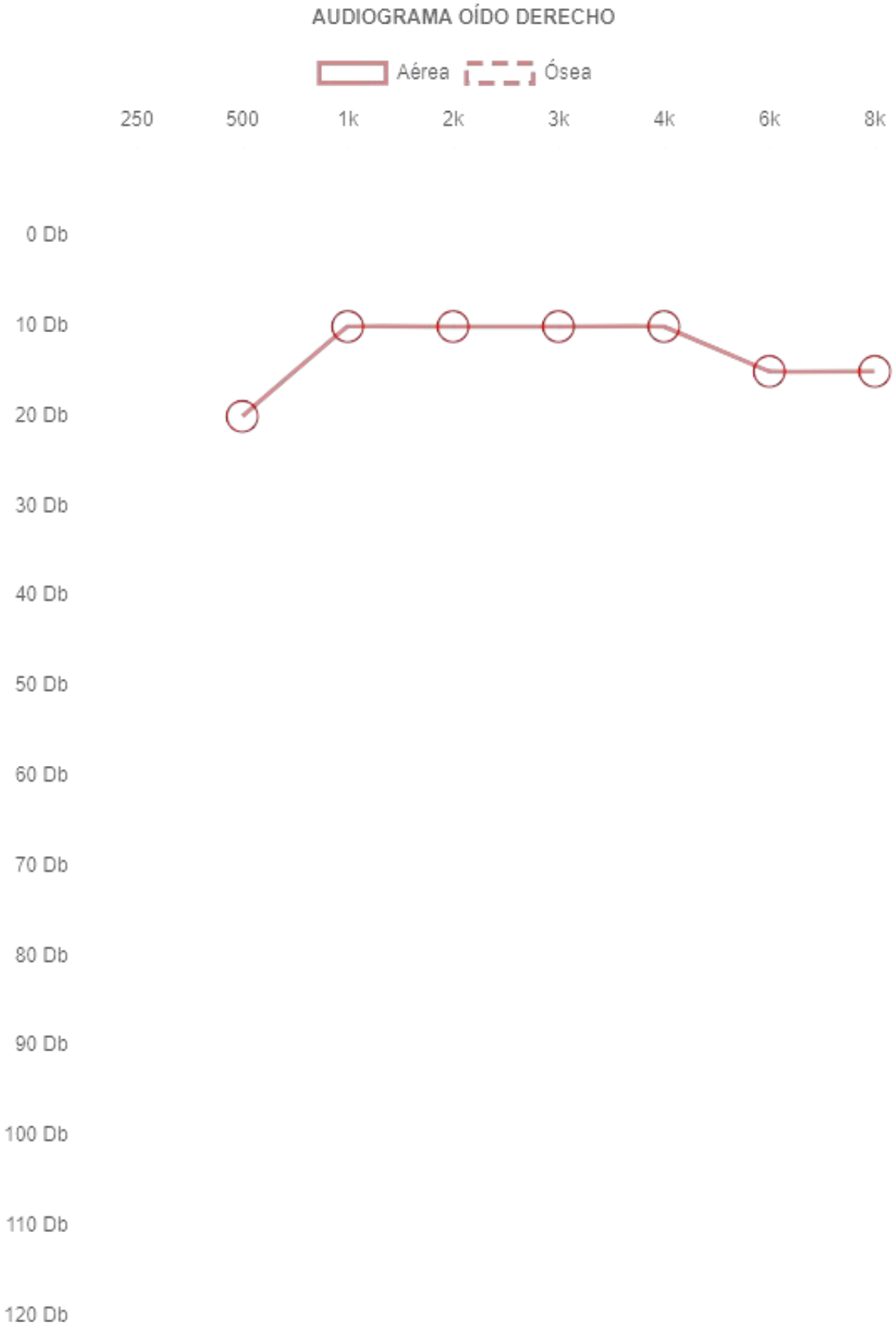
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

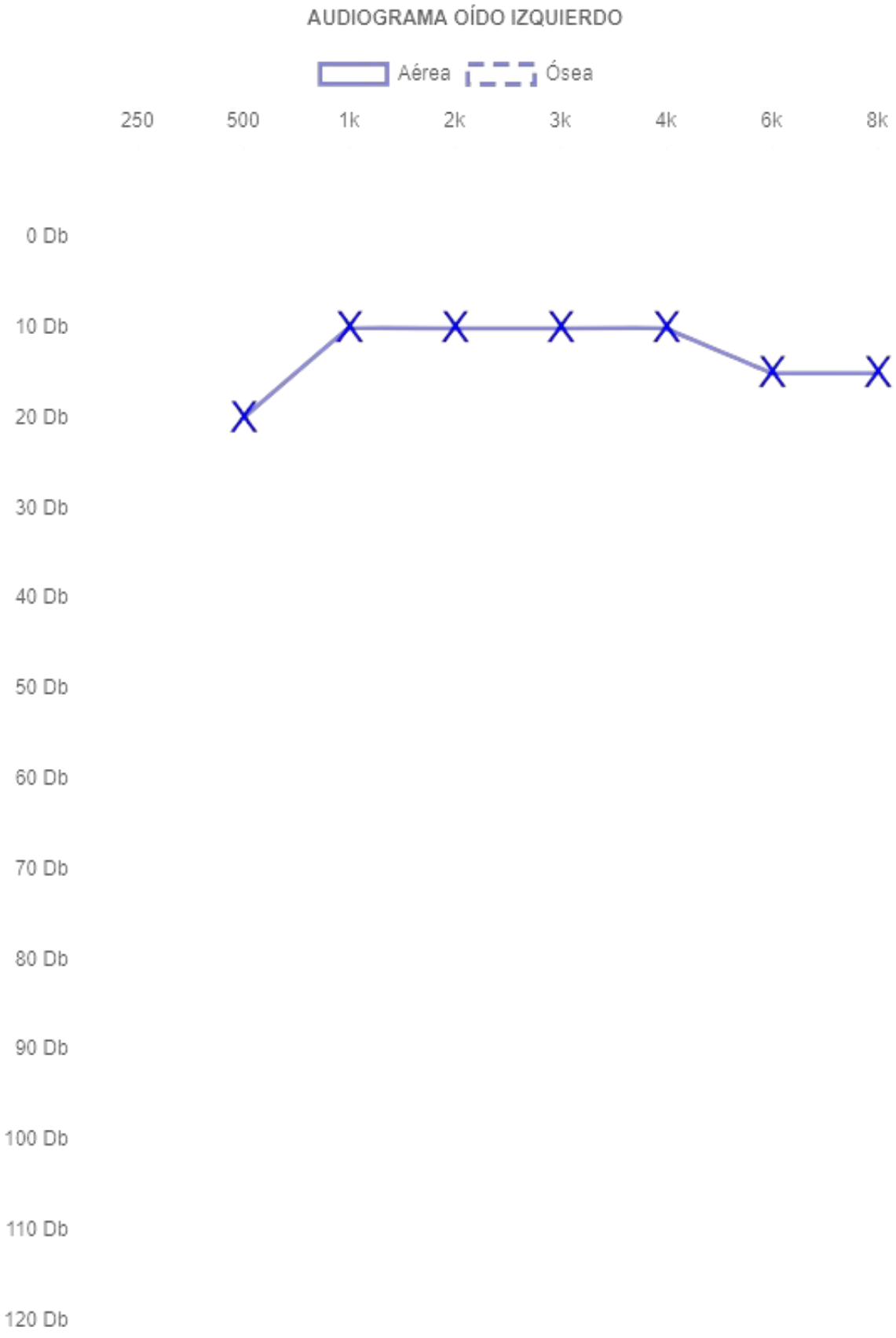
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos 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.



MAYRA YANED VERGARA
RM: 1026259553
Firma y sello del médico evaluador

JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA
CC 5821549
Firma del trabajador evaluado


AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO
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


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

PRESCRIPCIÓN DE LENTES OFTÁLMICOS

UNIVER PLUS S.A.
NI 900033752
CRA5 No41-16 TRR F-25 LC 101-102

CONSULTA EXTERNA - OPTOMETRIA
Fecha Examen: 22/06/2024 **Hora:** 12:55

SEDE:MACARENA IBAGUE-TOLIMA

Paciente RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES **Número Id.** 5821549 **Tipo** CC **Fecha Nac** 21/05/1980
Sexo M **Edad** 44 Años **Dirección** CL 30 N 7 35 BRR BELALCAZAR.. **Teléfono** **Régimen** CONTRIBUTIVO
Contrato SALUD TOTAL EPS - PGP OPTOMETRIA **Nivel** 1

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole	NASOPUPILAR
OJO DERECHO	-0.75		°	1.25	0 Δ		20/20	0.50M		34
OJO IZQUIERDO	-2.25		°	1.25	0 Δ		20/20	0.50M		34

TIPO DE LENTE Monofocal **MATERIAL:** Plastico
CANTIDAD: Un Par **FILTRO:** _ _
USO: Visión Lejana y Cercana V.L.
PERIODO DE TRATAMIENTO: Un Año
DIAGNOSTICO: H521 MIOPIA

Si va a realizar sus lentes en otra institución, recuerde que UNIVER PLUS S. A. No se hace responsable de los mismos por la no adaptación o medidas adicionales necesarias. En ese caso le recomendamos que realice un nuevo examen y verifique la formula antes de la elaboración de los lentes.Vigencia de la prescripción 30 días. Esta formula no es apta para lentes de contacto.

Firma Electrónica SOLANO AROCA STEFANIA
OPTOMETRIA 3719

Recuerde:
NO garantizamos lentes
elaborados en OTRA óptica

V.L. No 4.0
470
Monte

Recuerde: Usted tiene derecho a suministro óptica de acuerdo al articulo 55 de la resolución 2366 de 2023

Impreso por:SOLANO [redacted]EFANIA Fecha y Hora de Impresion: 22/06/2024 12:55:57

UNIVER PLUS S.A.
NI 900033752
Dir:CRA5 No41-16 TRR F-25 LC 101-102
Tel:

SEDE:MACARENA IBAGUE-TOLIMA

Paciente RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES **Numero Ide** 5821549 **Tipo** CC **Fecha Nac** 21/05/1980
Sexo Hom **Edad** 42 Años **Ocupación** PERSONA QUE NO HA DECLARADO OCUPACION
Estdo Civil Separado **Dirección** CL 30 N 7 35 BRR BELALCAZAR.. IBAGUE - TOLIMA
Teléfono 2704172 - 3002687266 **Contrato** SALUD TOTAL PGP OPTOMETRIA
Acompañante EFIGENIA GARCIA **Tel. Acompañante** 3108011726 **Parentesco** Padre o Madre

HISTORIA OPTOMETRIA

Fecha 13/05/2023 **Hora** 12:36:49 **Profesional** RAMIREZ LOZANO EDITH RAQUEL **Unidad** CONSULTA EXTERNA
Código Cups 890207 **Nombre Cups** CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

ANAMNESIS

EVOLUCION

Responsable PAOLA BETANCOURTH **Teléfono** 3003662094 **Parentesco** Conyugue

Motivo Consulta y Anamnesis PACIENTE ATENDIDO BAJO PROTOCOLO COVID19, CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS PREVIO A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y CON DESINFECCIÓN DE EQUIPOS, SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
PTE REFIERE RESEQUEDAD EN EL OJO IZQUIERDO Y ME PRODUCE VISIÓN BORROSA

Actividad principal Trabajo de oficina **Actividad Secundaria** Navegar internet

ANTECEDENTES

Enfermedades infancia	No refiere
Enfermedades adulto	No refiere
Familiares	No refiere
Oculares	No refiere
Habitos y/o toxicos	No refiere
Alergias	No refiere
Patologicos	No refiere
Farmacologicos	No refiere
Hospitalarios	No refiere
Quirurgicos	LASER (2006)
Varios	No refiere

Número gestaciones _ _ **Número Partos** _ _ **Número abortos** _ _ **Número cesareas:** _ _

PRESCRIPCIÓN EN USO.

¿Usted usa gafas o lentes de contacto? Si **¿Trajo las gafas?** Si **Tipo de lente** Monofocal

LENSOMETRIA

Lensometria

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
OJO DERECHO	-0.50	-0.75	65°		0		20/30	0.50M	
OJO IZQUIERDO	-1.50	-1.00	105°		0		20/30	0.50M	

Usa lentes de contacto No
Tipo

AGUDEZA VISUAL HABITUAL

	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
Ojo Derecho	20/30	0.50M	_ _
Ojo Izquierdo	20/70	0.50M	20/20
Ambos Ojos	20/30	0.50M	20/20

QUERATOMETRIA

Se realiza: Si **Queratometria OD** 42.25/43.25*177 **Queratometria OI** 43.50/43.50*4
Observación: SE DESINFECTA EQUIPO

RETINOSCOPIA

Se realiza: Si **Tipo de retinoscopia** Estática **Farmaco**

Retinoscopia

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
OJO DERECHO	-1.00	-0.50	45°		0		20/25	0.50M	
OJO IZQUIERDO	-2.25	-0.75	107°		0		20/20	0.50M	

UNIVER PLUS S.A.
NI 900033752
Dir:CRA5 No41-16 TRR F-25 LC 101-102
Tel:
SEDE:MACARENA IBAGUE-TOLIMA

Paciente RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES **Numero Ide** 5821549 **Tipo** CC **Fecha Nac** 21/05/1980
Sexo Hom **Edad** 42 Años **Ocupación** PERSONA QUE NO HA DECLARADO OCUPACION
Estdo Civil Separado **Dirección** CL 30 N 7 35 BRR BELALCAZAR.. IBAGUE - TOLIMA
Teléfono 2704172 - 3002687266 **Contrato** SALUD TOTAL PGP OPTOMETRIA
Acompañante EFIGENIA GARCIA **Tel. Acompañante** 3108011726 **Parentesco** Padre o Madre

Observaciones SE DESINFECTA EQUIPO

SUBJETIVO

Se realiza: Si

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
OJO DERECHO	-0.50	-0.75	65°		0		20/20	0.50M	
OJO IZQUIERDO	-2.25	-0.75	105°		0		20/20	0.50M	

Observaciones SE DESINFECTA EQUIPO

AFINACIÓN CON CILINDRO CRUZADO

Se realiza: No Valorable

Afinación con cilindro cruzado

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
OJO DERECHO			°		0				
OJO IZQUIERDO			°		0				

Observaciones SE REALIZA SUBJETIVO

EXAMEN EXTERNO

Cejas Normal
Observación _ _
Pestañas Normal
Observación _ _
Parpados Normal
Observación _ _
Puntos lagrimales Normal
Observación _ _
Conjuntivas Normal
Observación _ _
Iris Normal
Observación _ _
Pupila Reflejos Pupilares Presentes
Observación _ _
Observación
Observación

Obs. Oftalmoscopia OD REFLEJO ROJO RETINIANO NORMAL CON PAPILA DE BORDES DEFINIDOS, RELACIÓN ARTERIA VENA , POLO POSTERIOR SIN ALTERACIÓN HASTA DONDE SE PUEDE VALORAR CON PUPILA SIN DILATAR Y BRILLO MACULAR NORMAL PARA LA EDAD.

Obs. Oftalmoscopia OI REFLEJO ROJO RETINIANO NORMAL CON PAPILA DE BORDES DEFINIDOS, RELACIÓN ARTERIA VENA , POLO POSTERIOR SIN ALTERACIÓN HASTA DONDE SE PUEDE VALORAR CON PUPILA SIN DILATAR Y BRILLO MACULAR NORMAL PARA LA EDAD.

EXAMEN MOTOR

Ducciones OD: Normal **Hallazgo** _ _ **Ducciones OI:** Normal **Hallazgo** OK
PPC Luz **SC** 5 **CC** **Ángulo kappa** Se evalúa **OD:** 0 **OI:** 0
Hirschberg Centrado AO **Ojo:** _ _ **Posición/reflejo** _ _
Cover test Alternante **Lejos:** ORTHO **33 CM** ORTO **20 CM**
Versiones Normal
Estereopsis Titmus **Test de color ishihara** Visión de color normal **Medición** OK **Observación**

PRESCRIPCIÓN

La prescripción se completa con valoración de cilindro cruzado o subjetivo.

¿Requiere corrección optica? Si **Protección** **Subjetivo:** Si
Afinacion cilindro cruzado _ _ **NP O.D.** 32 **NP O.I.** 34
Tipo de lente Monofocal **Periodo de tratamiento** Un Año **Cantidad** Un Par

UNIVER PLUS S.A.
NI 900033752
Dir:CRA5 No41-16 TRR F-25 LC 101-102
Tel:
SEDE:MACARENA IBAGUE-TOLIMA

Paciente RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES **Numero Ide** 5821549 **Tipo** CC **Fecha Nac** 21/05/1980
Sexo Hom **Edad** 42 Años **Ocupación** PERSONA QUE NO HA DECLARADO OCUPACION
Estdo Civil Separado **Dirección** CL 30 N 7 35 BRR BELALCAZAR.. IBAGUE - TOLIMA
Teléfono 2704172 - 3002687266 **Contrato** SALUD TOTAL PGP OPTOMETRIA
Acompañante EFIGENIA GARCIA **Tel. Acompañante** 3108011726 **Parentesco** Padre o Madre

Tipos de uso Visión Lejana y Cercana **Proximo control** 1 Año

Plan de tratamiento

1, SE EXPLICA ESTADO VISUAL
2, SE DA CORRECCIÒN ÓPTICA, SE REALIZA PRUEBA AMBULATORIA SATISFACTORIA
3, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTO CUIDADO COMO PAUSAS ACTIVAS Y DISTANCIA IDEAL DE TRABAJO CON EL CELULAR
4, CONTROL ANUAL

DIAGNOSTICO

Diagnosticos

Tipo	Clase	Diagnostico	Observaciones
Principal	Impresión Diagnostica	H521 MIOPIA	
Relacionado 1	Impresión Diagnostica	H522 ASTIGMATISMO	

Ordenes

Servicio / Procedimiento	Observaciones	Cantidad
CONSULTAS 890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	TIPO PREPARACIÓN: No Requiere ; TRASTORNO DE GLANDULA LAGRIMAL 480 OFTALMOLOGIA	1 uno

LENTES EN USO

¿Ha usado lentes de contacto?
¿Última marca que uso?
¿Cuanto tiempo lleva usando lentes?
Observación
Último tipo de lentes que utilizó
Frecuencia
¿Ha tenido problemas con sus lentes de contacto?
¿Utiliza algún lubricante ocular para proteger sus ojos?

PRESCRIPCIÓN

CALCULO LENTES PRUEBA DEFINITIVA

Calculo de lentes de prueba definitivos

	Curva Base	Poder	Diáme	Tipo	Diseño	Material
O.D.				N/A		
O.I.				N/A		

Prescripción

	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prisma	Base	AV - VL	AV - VP	Pin Hole
OJO DERECHO			°		0				
OJO IZQUIERDO			°		0				

Dra. Raquel Ramirez L.
Optometra U.L.S.
R.M. 73625

Firma Electronica RAMIREZ LOZANO EDITH RAQUEL
OPTOMETRIA

Nota: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1995 de 1999 y ley 23 de 1981

ISO 15189:2012
20-LCL-001

18-2227780

No. de Orden	:2227780	No. Interno	:2227780
Paciente	:RAMIREZ GARCIA JORGE	Edad	:43 a 2 m 13 d
Documento Id	:5821549	Fecha Nacimiento	:21/05/1980
Empresa	:VIRREY SOLIS IPS-TOMADO IDIME	Sexo	:MASCULINO
Sede	:IBAGUE	Teléfono	:3002687266
E-Mail	:joranramirez@hotmail.com	No. Autoriza	:11198-2344265789

EO%NEU**VSGFOTOMET**COLOR**UBG**UGLUC**RBC**COL**TRIG**DUR**ASP**PH**UPROT**HGB**VMP**NR Web**

Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
		QUIMICA CLINICA		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL Suero				
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL		42.4	mg/dl	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia:				
Bajo : Menor de 40 mg/dl				
Alto : Mayor o igual 60 mg/dl				
Tomado de : NCEP-ATP III 2001				
Tecnica: COLORIMETRIA				
		Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		04/08/2023 06:02 PM
NITROGENO UREICO (BUN)				
NITROGENO UREICO (BUN)		17.9	mg/dL	6 - 20
Tecnica: ENZIMATICA				
UREA SERICA		38.31	mg/dl	16.6 - 48.5
		Validó: Reg 1065631015 GREY OCHOA DURAN		04/08/2023 06:02 PM
COLESTEROL TOTAL Suero				
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
COLESTEROL TOTAL		226	mg/dL	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia:				
Optimo : Menor de 200 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl				
Tomado de NCEP-ATP III 2001				
Tecnica: COLORIMETRIA				
		Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		04/08/2023 06:02 PM
CREATININA SERICA				
CREATININA SERICA	*	1.53	mg/dL	0.7 - 1.2
Intervalo Biológico de Referencia:				
Neonatos prematuros : 0.29 - 1.04				
Neonatos a término : 0.24 - 0.85				
Tecnica: ENZIMATICA				
		Validó: Reg 1065631015 GREY OCHOA DURAN		04/08/2023 06:02 PM
GLICEMIA BASAL Suero				
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
GLICEMIA BASAL		87.9	mg/dL	74 - 106
Tecnica: HEXOQUINASA				

ISO 15189:2012
20-LCL-001

18-2227780

No. de Orden	:2227780	No. Interno	:2227780
Paciente	:RAMIREZ GARCIA JORGE	Edad	:43 a 2 m 13 d
Documento Id	:5821549	Fecha Nacimiento	:21/05/1980
Empresa	:VIRREY SOLIS IPS-TOMADO IDIME	Sexo	:MASCULINO
Sede	:IBAGUE	Teléfono	:3002687266
E-Mail	:joranramirez@hotmail.com	No. Autoriza	:11198-2344265789

EO%NEU**VSGFOTOMET**COLOR**UBG**UGLUC**RBC**COL**TRIG**DUR**ASP**PH**UPROT**HGB**VMP**NR Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
GLICEMIA BASAL Suero			
Mensurando dentro del alcance de acreditación			
	Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		04/08/2023 06:02 PM
TRIGLICERIDOS Suero			
Mensurando dentro del alcance de acreditación			
TRIGLICERIDOS	84.1	mg/dl	0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl.
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl
Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Tomado de NCEP ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 04/08/2023 06:02 PM

UROANALISIS

UROANALISIS					
ASPECTO	LIMPIDO		0	-	0
COLOR	AMARILLO		0	-	0
DENSIDAD URINARIA	1018		1003	-	1035
pH	6.5		4.8	-	7.4
LEUCOCITOS	NEGATIVO	cel/uL	0	-	0
NITRITOS	NEGATIVO		0	-	0
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	0	-	0
GLUCOSA.	NORMAL	mg/dl	0	-	0
CETONAS	NEGATIVO	mg/dl	0	-	0
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL	0	-	0
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dL	0	-	0
SANGRE	NEGATIVO	Ery/ul	0	-	0
CELULAS EPITELIALES	0-1	/uL	0	-	0
ERITROCITOS	1	/uL	0	-	0
BACTERIAS	ESCASAS		0	-	0
LEUCOCITOS	1	cel/uL	0	-	0
	Validó: Reg 1065631015 GREY OCHOA DURAN				04/08/2023 06:02 PM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351