

|                                                                                   |                                       |                                                                                                                                                                   |                         |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|
|  | <b>CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL</b> | <b>EDWIN ALIRIO CERÓN HERNÁNDEZ</b><br>Médico Cirujano UNAL - Esp. Medicina Familiar - Esp. Auditoría en Salud<br>Esp. Salud Ocupacional HSQE - Calificador PCLO. |                         | Cód. FOR-PRE   |
|                                                                                   |                                       | Licencia S.O. 1347 de 2021                                                                                                                                        | Registro Médico 5201296 | Versión 180323 |

Fecha: 16/01/2025 11:23 Ciudad: ZARZAL

Exámen Médico Ocupacional: DE INGRESO

Empresa: SENA

Actividad Económica: SECTOR EDUCACIÓN

ET

### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

**Nombres y Apellidos:** LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS **C.C.:** 1116267535 **Tel:** 3122591363  
**F.Nacim:** 31/05/1995 **Edad:** 29 Años **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Soltero **Escolaridad:** UNIVERSITARIO  
**EPS:** nueva eps **AFP:** Colpensiones **ARL:** Colmena **E-mail:** luiscifuentes95@hotmail.com  
**Cargo Actual ó al que Aspira:** INSTRUCTOR **Profesión:** ABOGADO  
**Área de Trabajo:** INSTRUCTOR

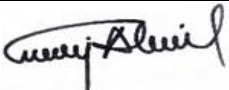
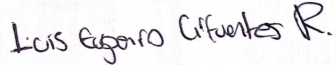
### 2. PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

|                                                |                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Pruebas realizadas:</b>                     | PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA                   |
| <b>Énfasis:</b>                                | OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR y PSICOSOCIAL |
| <b>3. CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL/LABORAL:</b> |                                             |
| <b>DE INGRESO</b>                              | APTO PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA            |
|                                                | 0                                           |
| <b>Restricciones:</b>                          | NINGUNA                                     |

### 4. RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

| RECOMENDACIONES MEDICAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CONSUMIR DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                             | INFORMAR ACCIDENTES DE TRABAJO AL EMPLEADOR            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA/DEPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2                             | MANTENER BUENAS POSTURAS EN EL TRABAJO                 |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | USO FRECUENTE DE PROTECTOR SOLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3                             | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/PASIVAS EN EL TRABAJO          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                             | ACATAR NORMAS DEL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5                             | INCLUIR EN PVE IMPLMENTADOS POR LA EMPRESA             |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6                             | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (Si aplica)    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7                             | APLICAR VACUNAS PARA PERSONAL SANITARIO Y/O TITULACION |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8                             | 0                                                      |
| <b>COVID-19:</b> CONSULTAR CON MEDICO SI PRESENTA: TOS, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, VOMITO, DIARREA.<br>INFORMAR SI ENTRA EN CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA SOSPECHOSA O CONFIRMADA PARA COVID-19.<br>REALIZAR LAVADO DE MANOS FRECUENTE, USO DE ALCOHOL GLICERINADO, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL 1-2 MTS.<br>ACTUAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD COVID-19 IMPLEMENTADAS POR LA EMPRESA. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                        |
| <b>Se recomienda realizar (X):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Visiometría <input checked="" type="checkbox"/> Audiometría <input checked="" type="checkbox"/> Espirometría <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma <input checked="" type="checkbox"/> Perfil Lipídico <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Electrocardiograma <input checked="" type="checkbox"/><br>Uroanálisis <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> PL NORMAL - HEMOGRAMA NORMAL |                               |                                                        |
| <b>NOTAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL, CARDIOVASCULAR NORMAL (BAJO RIESGO), NEUROPSICOLÓGICO NORMAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                        |

Declaro que: Autoricé voluntariamente la realización en mí del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrados en éste documento; conozco el propósito y finalidad del certificado ocupacional; no he omitido información acerca de mi estado de salud y que la información suministrada es veraz y puede ser verificada. Autorizo al profesional médico informar al empleador resultados de paraclínicos y/o condiciones de salud que pongan en riesgo mi vida o la de otras personas, enfermedades de interés en salud pública o cuando el resultado de las pruebas realizadas afecte mi desempeño en el trabajo, o seá necesario para definir recomendaciones o restricciones. En caso de omitir información el certificado ocupacional pierde toda su validez y se exonera el Médico Ocupacional de cualquier responsabilidad médico legal.

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÉDICO:</b><br>Nombre: <br>Firma:<br>Licencia Salud Ocupacional: | <b>Dr. EDWIN A. CERÓN HERNÁNDEZ</b><br>Esp. Medicina Familiar y Laboral<br>R.M. 5201296 - Lic. S.O. 1347<br>U. Nacional - P.U. Javeriana | <b>TRABAJADOR:</b><br>Firma: <br>CC:1116267535 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Email: edwinceron@yahoo.com – Celular Whatsapp 3136958296 –

|                                        |                               |                                  |
|----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Paciente: LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS | Edad: 29 Años Sexo: Masculino | Orden No.: 20221206071           |
| Historia: 66873041                     | CLIENTE                       | IPS SEVISALUD ROLDANILLO. CAPITA |
| Fecha y Hora de ingr 2025-01-16 13:32  | Dirección:                    |                                  |
| Fecha de impresión:                    | Telefono:                     |                                  |

| Examen                                                                                                                                                                                                                                   | Resultado | Unidades | Valores de referencia      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------------------------|
| <b>QUÍMICA VITROS 5600</b>                                                                                                                                                                                                               |           |          |                            |
| <b>PERFIL DE GLUCOSA PRE Y POST</b>                                                                                                                                                                                                      |           |          |                            |
| GLUCOSA EN SUERO                                                                                                                                                                                                                         | 68        | mg/dl *  | 70 - 110 16/01/2025 13:50  |
| Técnica:Quimioluminiscencia                                                                                                                                                                                                              |           |          |                            |
| GLUCOSA DOS (2) HORAS                                                                                                                                                                                                                    | 84        | mg/dl    | 70 - 140 16/01/2025 13:50  |
| Técnica:Método Enzimático Hexoquinasa                                                                                                                                                                                                    |           |          |                            |
| MICROALBUMINURIA EN ORINA ESPONTANEA.                                                                                                                                                                                                    | 12.5      | mg/l     | 0 - 15 16/01/2025 15:43    |
| SODIO SERICO                                                                                                                                                                                                                             | 136.0     | mmol/L   | 135 - 148 16/01/2025 15:43 |
| POTASIO SERICO                                                                                                                                                                                                                           | 4.1       | mmol/L   | 3.5 - 5.1 16/01/2025 15:43 |
| <br><b>Maira Alessandra Marín Cubillos</b><br><b>RP 10292</b><br><b>CC 1053779708</b>                                                                  |           |          |                            |
| COLESTEROL TOTAL                                                                                                                                                                                                                         | 148       | mg/dl    | 0 - 200 16/01/2025 15:43   |
| VALOR OPTIMO : HASTA 200 mg/dl.<br>RIESGO MODERADO: 200-239 mg/dl.<br>RIESGO ALTO : >240 mg/dl.<br><br>Técnica:Quimioluminiscencia                                                                                                       |           |          |                            |
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)                                                                                                                                                                                                        | 40.6      | mg/dl *  | 45 - 65 16/01/2025 15:43   |
| RIESGO ELEVADO : MENOR DE 40 mg/dl<br>RIESGO MODERADO: 40-60 mg/dl<br>RIESGO BAJO : MAYOR DE 60 mg/dl<br>Técnica:Método colorimétrico enzimático Homogéneo                                                                               |           |          |                            |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)                                                                                                                                                                                                        | 58.4      | mg/dl    | 16/01/2025 15:43           |
| RIESGO MUY ALTO : MAYOR DE 190 mg/dl<br>RIESGO ALTO: 160-189 mg/dl<br>OPTIMO: MENOR DE 100 mg/dl<br>Técnica:CALCULADO                                                                                                                    |           |          |                            |
| COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)                                                                                                                                                                                                   | 22.0      | mg/dl    | 0 - 34 16/01/2025 15:43    |
| Técnica:CALCULADO                                                                                                                                                                                                                        |           |          |                            |
| TRIGLICERIDOS                                                                                                                                                                                                                            | 110       | mg/dl    | 16/01/2025 15:43           |
| VALORES DE INTERPRETACION:<br><b>HOMBRES:</b><br>Deseable : Entre 40-160 mg/dl.<br>Riesgo : Mayor de 200 mg/dl.<br><b>MUJERES:</b><br>Deseable : Entre 35-135 mg/dl.<br>Riesgo : Mayor de 200 mg/dl.<br>Técnica:Enzimática Colorimétrica |           |          |                            |

La interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al Médico

Servicios de laboratorio clínico

Carrera 15 # 5 - 25 Guadalajara de Buga - Valle de Cauca

www.servilabs.co email: info@servilabs.co

Telefono (+57) 300 8282142 (+57 2) 2017091

Paciente: LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS  
Historia: 66873041  
Fecha y Hora de ingr 2025-01-16 13:32  
Fecha de impresión:

Edad: 29 Años Sexo: masculino Orden No.: 20221206071  
CLIENTE IPS SEVISALUD ROLDANILLO. CAPITA  
Direccion:  
Telefono:

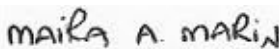
| Examen                                 | Resultado | Unidades | Valores de referencia |                  |
|----------------------------------------|-----------|----------|-----------------------|------------------|
| <b>QUÍMICA VITROS 5600</b>             |           |          |                       |                  |
| INDICE ARTERIAL                        | 3.14      | %        | 0 - 4                 | 16/01/2025 15:43 |
| Técnica: CALCULADO                     |           |          |                       |                  |
| CREATININA SERICA                      | 0.61      | mg/dl    | 0.52 - 1.1            | 16/01/2025 15:43 |
| Técnica: Método Cinético Colorimétrico |           |          |                       |                  |

  
Dra. Liliana Marcela Paz Floid  
Bacterióloga y Laboratorista clínica  
RP: 22341  
CC: 38.866.632

### HEMATOLOGÍA

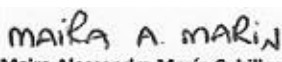
#### HEMOGRAMA TIPO IV

|                                                           |       |                        |             |                  |
|-----------------------------------------------------------|-------|------------------------|-------------|------------------|
| RECuento DE LEUCOCITOS.                                   | 8.50  | x10 <sup>3</sup> /ul   | 4.8 - 10.2  | 16/01/2025 15:43 |
| NEUTROFILOS EN NUMERO                                     | 4.90  | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 2 - 6.9     | 16/01/2025 15:43 |
| LINFOCITOS EN NUMERO                                      | 3.00  | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 1.4 - 4.1   | 16/01/2025 15:43 |
| MONOCITOS EN NUMERO                                       | 0.40  | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 0 - 0.9     | 16/01/2025 15:43 |
| EOSINOFILOS EN NUMERO                                     | 0.10  | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 0 - 0.7     | 16/01/2025 15:43 |
| BASOFILOS EN NUMERO                                       | 0.00  | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 0 - 0.2     | 16/01/2025 15:43 |
| NEUTROFILOS                                               | 57.9  | %                      | 37 - 75     | 16/01/2025 15:43 |
| LINFOCITOS                                                | 35.2  | %                      | 28 - 45     | 16/01/2025 15:43 |
| MONOCITOS                                                 | 5.1   | %                      | 0 - 12      | 16/01/2025 15:43 |
| EOSINIFILOS                                               | 1.6   | %                      | 0 - 7       | 16/01/2025 15:43 |
| BASOFILOS                                                 | 0.2   | %                      | 0 - 2.5     | 16/01/2025 15:43 |
| RECuento DE GLOBULOS ROJOS.                               | 4.20  | x 10 <sup>6</sup> ul * | 5 - 5.48    | 16/01/2025 15:43 |
| HEMOGLOBINA.                                              | 13.60 | g/dl                   | 12 - 15     | 16/01/2025 15:43 |
| HEMATOCRITO.                                              | 39.4  | %                      | 38 - 48     | 16/01/2025 15:43 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDICO (MCV).                         | 93.8  | fL                     | 80 - 96     | 16/01/2025 15:43 |
| HEMOGLOBNA COPRUSCULAR MEDIA (MCH).                       | 32.4  | pg *                   | 27 - 32     | 16/01/2025 15:43 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA<br>CORPUSCULAR MEDIA (MCHC). | 34.5  | g/dl                   | 32 - 36     | 16/01/2025 15:43 |
| RDW CV                                                    | 13.4  | %                      | 11.6 - 15.5 | 16/01/2025 15:43 |
| RECuento DE PLAQUETAS.                                    | 314   | x 10 <sup>3</sup> /ul  | 150 - 450   | 16/01/2025 15:43 |
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO                                 | 7.7   | fL *                   | 9 - 13      | 16/01/2025 15:43 |

  
Maira Alessandra Marín Cubillos  
RP 10292  
CC 1053779708

|                                        |                               |                                  |
|----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Paciente: LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS | Edad: 29 Años Sexo: Masculino | Orden No.: 20221206071           |
| Historia: 66873041                     | CLIENTE                       | IPS SEVISALUD ROLDANILLO. CAPITA |
| Fecha y Hora de ingr 2025-01-16 13:32  | Dirección:                    |                                  |
| Fecha de impresión:                    | Telefono:                     |                                  |

| Examen                        | Resultado     | Unidades   | Valores de referencia |
|-------------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| UROANALISIS                   |               |            |                       |
| ANALISIS FISICO QUIMICO       |               |            | AMARILLO              |
| COLOR                         | AMARILLO      |            | 16/01/2025 15:43      |
| ASPECTO                       | LIMPIO        |            | 16/01/2025 15:43      |
| DENSIDAD                      | 1.020         |            | 16/01/2025 15:43      |
| PH                            | 7.0           |            | 16/01/2025 15:43      |
| PROTEINAS                     | NEGATIVO      | mg/dl      | 16/01/2025 15:43      |
| SANGRE                        | NEGATIVO      | Células/uL | 16/01/2025 15:43      |
| CUERPOS CETONICOS (CETONURIA) | NEGATIVO      | mg/dl      | 16/01/2025 15:43      |
| BILIRRUBINA                   | NEGATIVO      | mg/dl      | 16/01/2025 15:43      |
| UROBILINOGENO EN ORINA        | NORMAL        | mg/dl      | 16/01/2025 15:43      |
| NITRITOS                      | NEGATIVO      |            | 16/01/2025 15:43      |
| LEUCOCITOS (Esterasa)         | NEGATIVO      | Células/uL | 16/01/2025 15:43      |
| EXAMEN MICROSCOPICO           |               |            | 0-1                   |
| CELULAS EPITELIALES BAJAS     | 0-1           | x campo    | 16/01/2025 15:43      |
| LEUCOCITOS                    | 0-1           | x campo    | 16/01/2025 15:43      |
| HEMATIES                      | NEGATIVO      | x campo    | 16/01/2025 15:43      |
| BACTERIAS                     | ESCASAS       |            | 16/01/2025 15:43      |
| OTROS.                        | NEGATIVO      |            | 16/01/2025 15:43      |
| MOCO                          | NO SE OBSERVA |            | 16/01/2025 15:43      |



Maira Alessandra Marín Cubillos  
 RP 10292  
 CC 1053779708



# CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini  
RM 137420-04 Resolución 0420  
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5  
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga  
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



## EXAMEN DE OPTOMETRÍA

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 919

Fecha: 22/01/2025 Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA) CC:1116267535 Nombre: LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS Edad: 29 AÑOS  
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: SENA  
Eps: NUEVA EPS Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTI F. Último Examen: NO REPORTA  
Lugar del Último Examen: NO REFIERE Motivo Consulta: VALORACION

### ANTECEDENTES VISUALES

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES    | NIEGA     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | NIEGA     |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | NIEGA     |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL  | SI        |
| LENTE DE CONTACTO          | NO USA    |
| MULTIFOCAL                 | NO        |
| TIPO DE USO                | NO APLICA |
| TRAE RX                    | NO        |
| USA ANTEOJOS               | NO USA    |

### 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 | N/A   | 20    | 20 | NO APLICA                     | N/A | N/A   | N/A   |
| O.I:                          | NO APLICA | N/A   | 20    | 20 | NO APLICA                     | N/A | N/A   | N/A   |
| A.O:                          | NO APLICA | N/A   | 20    | 20 | NO APLICA                     | N/A | N/A   | N/A   |

#### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

#### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

#### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

#### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

#### REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

#### RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

|                                                             |                               |       |        |                           |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|--------|---------------------------|
| VISIÓN COLOR                                                |                               |       |        |                           |
| OJO DERECHO: <b>NORMAL</b>                                  |                               |       |        |                           |
| OJO IZQUIERDO: <b>NORMAL</b>                                |                               |       |        |                           |
| ESTEREOPSIS                                                 |                               |       |        |                           |
| OBSERVACIÓN: <b>NORMAL</b>                                  |                               |       |        |                           |
| CÓDIGO                                                      | DIAGNÓSTICO                   | OJO   | ORIGEN | TIPO                      |
| Z010                                                        | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | COMÚN  | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES                                |                               |       |        |                           |
| CONTROL EN UN AÑO                                           |                               |       |        |                           |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL                       |                               |       |        |                           |
| REALIZAR PAUSAS ACTIVAS                                     |                               |       |        |                           |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:                      |                               |       |        |                           |
| EMETROPE, APTO VISUALMENTE SIN USO DE LENTES DE CORRECCION. |                               |       |        |                           |

OPTOMETRA

*Miguel Muñoz*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: MUÑOZ BELTRAN MIGUEL ANTONIO  
R. M.: TP. 79788769 L.S.O.: \_\_\_\_\_

PACIENTE

*Luis Eugenio Cifuentes R.*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: LUIS EUGENIO CIFUENTES RO AS  
CC: 1112078419

## HISTORIA CLINICA VOZ

### 1. IDENTIFICACION:

|                                          |                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| NOMBRE: LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS     | CC : 1116267535                              |
| FECHA DE NACIMIENTO: 31 /05/1995         | EDAD: 29 años                                |
| OCUPACION: instructor                    | AÑOS DE TRABAJO: 0                           |
| HORAS DE TRABAJO POR SEMANA: 0           | TELEFNO: 3122591363                          |
| DOMICILIO: Calle35 a 44 103              | MAIL: luiscifuentes95@hotmail.com            |
| CON QUIEN VIVE: Padres                   |                                              |
| FECHA ACTUAL: 22 /01/2025                | EVALUADOR: PAOLA TRUJILLO -<br>FONOAUDIOLOGA |
| MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION DE LA VOZ |                                              |

### 2. ANAMNESIS:

#### a) SINTOMATOLOGIA:

| SINTOMAS                     | SI/NO/A<br>VECES | FRECUENCIA | SINTOMAS                    | SI/NO/A<br>VECES | FRECUENCIA |
|------------------------------|------------------|------------|-----------------------------|------------------|------------|
| ALTERACION DE LA VOZ         | NO               |            | TOS                         | NO               |            |
| CANSANCIO VOCAL              | NO               |            | CARRASPEO                   | NO               |            |
| PERDIDA DE LA VOZ            | NO               |            | RONQUERA                    | NO               |            |
| APAGAMIENTO DE LA VOZ        | NO               |            | SEQUEDAD                    | NO               |            |
| DIFICULTAD PARA HABLAR       | NO               |            | SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO | NO               |            |
| DIFICULTAD PARA HABLAR SUAVE | NO               |            | SENSACION DE CONSTRICCION   | NO               |            |
| DOLOR AL HABLAR              | NO               |            | MUCOSIDADES                 | NO               |            |
| ARDOR                        | NO               |            | SECRESIONES                 | NO               |            |
| TENSION                      | NO               |            | ACIDEZ POR LA MAÑANA        | NO               |            |

**OBSERVACIONES:** Ninguna

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) ANTECEDENTES MORBIDOS**

| SINTOMAS                                   | SI/NO/A<br>VECES | FRECUENCIA | SINTOMAS   | SI/NO/A<br>VECES | FRECUENCIA |
|--------------------------------------------|------------------|------------|------------|------------------|------------|
| AMIGDALITIS                                | NO               |            | BRONQUITIS | NO               |            |
| FARINGITIS                                 | NO               |            | SINISITIS  | NO               |            |
| CIRUGIA ORL                                | NO               |            |            |                  |            |
| OTRAS CIRUGIAS                             | NO               |            |            |                  |            |
| MEDICAMENTOS                               | NO               |            |            |                  |            |
| ENFERMEDADES                               | NO               |            |            |                  |            |
| ANTECEDENTES<br>FAMILIARES CON<br>DISFONIA | NO               |            |            |                  |            |

**OBSERVACIONES** Ninguna

**c) SINTOMAS MEDICOS**

| SINTOMAS<br>NEUROLÓGICOS | SI/NO/A VECES | FRECUENCIA |
|--------------------------|---------------|------------|
| PERDIDA DE<br>ENERGIA    | NO            |            |
| PERDIDA DE<br>ANGUSTIA   | NO            |            |
| LLANTO FACIL             | NO            |            |
| DEPRESION                | NO            |            |
| TTO PSICOLÓGICO          | NO            |            |
| TTO PSIQUIATRIA          | NO            |            |

| SINTOMAS<br>ALERGICOS  | SI/NO/A VECES | FRECUENCIA |
|------------------------|---------------|------------|
| RINORREA ACUOSA        | NO            |            |
| ESTORNUDOS             | NO            |            |
| PRUNTO NASAL           | NO            |            |
| SINTOMAS<br>OTOLOGICOS | SI/NO/A VECES | FRECUENCIA |
| PICAZON FARINGEA       | NO            |            |
| OTALGIA                | NO            |            |
| OTORREA                | NO            |            |
| HIPOACUSIA             | NO            |            |
| MAREOS                 | NO            |            |

**OBSERVACIONES:**

Ninguna

**MODO DE APARICION:**

|                   |                      |                        |
|-------------------|----------------------|------------------------|
| <b>BRUSCO: NO</b> | <b>PROGRESIVO:NO</b> | <b>INTERMITENTE:NO</b> |
|-------------------|----------------------|------------------------|

**TIEMPO DE EVOLUCION:** \_\_\_\_\_

**EL TRASTORNO ES MAYOR:**

- a) POR LA MAÑANA
- b) POR TARDE
- c) POR LA NOCHE
- d) DESPUES DE TRABAJAR

**EL TRASTORNO VOCAL SE ALIVIA: NIEGA PADECER ALTERACION DE LA VOZ**

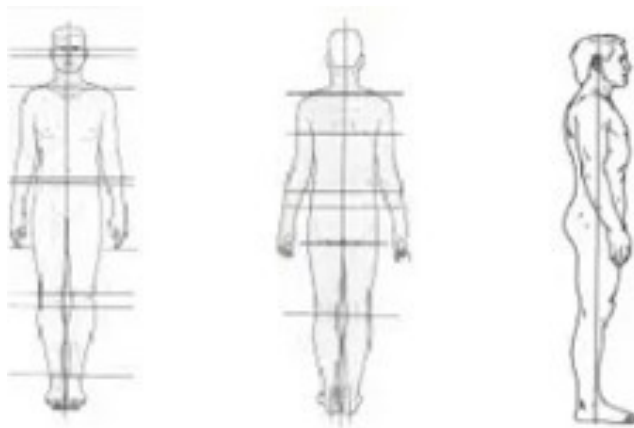
|                             |  |                         |  |
|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| CON REPOSO VOCAL            |  | CON REPOSO NOCTURNO     |  |
| POR REPOSO DE FIN DE SEMANA |  | CON REPOSO EN VACAIONES |  |

**CONDUCTAS DE MAL USO Y ABUSO VOCAL**

|                                   | SI/ NO/<br>A VECES | FRECUENCIA |                                   | SI/ NO/<br>A VECES           | FRECUENCIA |
|-----------------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------|------------------------------|------------|
| CANTA                             | <b>NO</b>          |            | CONSUME CAFÉ                      | <b>SI</b>                    |            |
| GRITA                             | <b>NO</b>          |            | CONSUME TABACO                    | <b>NO</b>                    |            |
| IMITA VOCES                       | <b>NO</b>          |            | CONSUME ALCOHOL                   | <b>NO</b>                    |            |
| ESTA EN CONTACTO CON NIÑOS        | <b>NO</b>          |            | CONSUME ALIMENTOS IRRITANTES      | <b>NO</b>                    |            |
| ESTA EN CONTACTO CON HIPOACUSICOS | <b>NO</b>          |            | CONSUME COMIDAS MUY CONDIMENTADAS | <b>NO</b>                    |            |
| HORA DE ULTIMA COMIDA             | <b>6 M</b>         |            | CUANTA AGUA CONSUME               | <b>BUENA CANTIDAD DIARIA</b> |            |

**POSTURA:**

|                       |          |          |                  |  |                    |  |
|-----------------------|----------|----------|------------------|--|--------------------|--|
| <b>VISTA ANTERIOR</b> | ADECUADA | <b>X</b> | <b>A DERECHA</b> |  | <b>A IZQUIERDA</b> |  |
| <b>VISTA LATERAL</b>  | ADECUADA | <b>X</b> | <b>A DERECHA</b> |  | <b>A IZQUIERDA</b> |  |
| <b>GENERAL</b>        | NORMAL   |          | <b>CIFOSIS</b>   |  | <b>LORDOSIS</b>    |  |



|                     |                  |          |             |               |                  |           |  |
|---------------------|------------------|----------|-------------|---------------|------------------|-----------|--|
| <b>DENTICION</b>    | COMLETA          | <b>X</b> | IMCOMPLETA  |               |                  |           |  |
| <b>NARIZ</b>        | NORMAL           | <b>X</b> | DESVIADA    |               |                  |           |  |
| <b>CIERRE BUCAL</b> | ADECUADA         | <b>X</b> | INADECUADA  | RESPIRACION   |                  |           |  |
| <b>LABIOS</b>       | NORMAL           | <b>X</b> | HIPOTONICOS | HIOPERTONICOS | SUPERIOR         | INFERIROR |  |
| <b>LENGUA</b>       | NORMAL           | <b>X</b> | HIPOTONICA  | HIPERTONICA   |                  |           |  |
| <b>VELO</b>         | <b>MOVILIDAD</b> | <b>X</b> | ADECUADA    | DISMINUIDA    | AUSENTE          |           |  |
|                     | <b>FISURA</b>    | <b>X</b> | PRESENTE    | AUSENTE       | OPERADA          |           |  |
| <b>UVULA</b>        | NORMAL           | <b>X</b> | BIFIDA      | DESVIADA      | AUSENTE          |           |  |
| <b>MEJILLAS</b>     | SIMETRICAS       | <b>X</b> | ASIMETRICAS | HIPOTONICAS   | HERIDAS INTERNAS |           |  |
| <b>MORDIDA</b>      | NORMAL           | <b>X</b> | ABIERTA     | CRUZADA       | SOBRE MORDIDA    | INVERTIDA |  |
| <b>PALADAR DURO</b> | NORMAL           | <b>X</b> | ALTO        | OJIVAL        | FISURADO         | FISTULA   |  |

**OBSERVACIONES:**

Sin alteración

---



---



---

**PERFIL VOCAL:**

**RESPIRACION:**

|                                 |            |  |          |          |               |          |
|---------------------------------|------------|--|----------|----------|---------------|----------|
| <b>TIPO RESPIRATORIO</b>        | C-S        |  | C-D      |          | DIAFRAGMATICO | <b>X</b> |
| <b>MODO</b>                     | BUCAL      |  | MIXTO    | <b>X</b> | NASAL         |          |
| <b>COORDINACIÓN NEUMOFONICA</b> | INADECUADA |  | ADECUADA | <b>X</b> |               |          |

**FONACION:**

|                     |         |  |          |          |        |          |
|---------------------|---------|--|----------|----------|--------|----------|
| <b>EMISION</b>      | RASPADA |  | SOPLADO  |          | NORMAL | <b>X</b> |
| <b>TONO</b>         | GRAVE   |  | MEDIO    | <b>X</b> | AGUDO  |          |
| <b>TIMBRE</b>       | NASAL   |  | FARINGEO |          | ORAL   | <b>X</b> |
| <b>INTENSIDAD</b>   | ALTA    |  | BAJA     |          | MEDIA  | <b>X</b> |
| <b>ATAQUE VOCAL</b> | DURO    |  | SOPLADO  |          | NORMAL | <b>X</b> |
| <b>NASALIDAD</b>    | SI      |  | NO       | <b>X</b> |        |          |

**TONICIDAD**

**A) ESTATICA**

| <b>PALPACION</b>                | <b>NORMAL</b> | <b>TENSION</b> | <b>DOLOR</b> | <b>DESCRIPCION</b> |
|---------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------------------|
| <b>MUSCULATURA SUPRAHIOIDEA</b> | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>MUSCULATURA INFRAHIOIDEA</b> | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>LARINGE</b>                  | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>MASETERO</b>                 | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>ECM DERECHO</b>              | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>ECM IZQUIERDO</b>            | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>ESCALONES</b>                | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>ESPLENIOS</b>                | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>TRAPECIO</b>                 | <b>X</b>      |                |              |                    |
| <b>DELTOIDES</b>                | <b>X</b>      |                |              |                    |

**b) DINAMICA (RASGOS FUNCIONALES)**

|                       | <b>CABEZA Y CUELLO</b> |     | <b>CAJA TORACICA</b> |     | <b>MANDUBULA</b> |  |
|-----------------------|------------------------|-----|----------------------|-----|------------------|--|
| <b>APERTURA</b>       |                        |     |                      |     | 35-55MM          |  |
| <b>FLEXION</b>        | 0°-35°/45°             | 45° | 0°-60°/80°           | 80° |                  |  |
| <b>EXTENSION</b>      | 0°-45°                 | 45° | 0°-80°               | 80° |                  |  |
| <b>ROTACION</b>       | 0°-45°                 | 45° | 0°-80°               | 80° |                  |  |
| <b>LATERALIZACION</b> | 0°-45°                 | 45° | 0°-30°/40°           | 40° |                  |  |

## COMPLEMENTARIO

|                         |          |   |           |          |  |
|-------------------------|----------|---|-----------|----------|--|
| <b>BITALIDAD</b>        | AUSENTE  | X | PRESENTE  |          |  |
| <b>QUIEBRES TONALES</b> | AUSENTE  | X | AGUADO    | GRAVE    |  |
| <b>PROSODIA</b>         | ADECUADA | X | EXAGERADA | MONOTONA |  |
|                         |          |   |           |          |  |

## PARAMETROS VOCALES

|                             |                 |          |                          |
|-----------------------------|-----------------|----------|--------------------------|
| <b>VOZ</b>                  | <b>NORMAL</b>   | <b>X</b> | <b>DISFONIA /AFONIOA</b> |
| <b>INTENSIDAD DE LA VOZ</b> | <b>NORMAL</b>   | <b>X</b> | <b>BAJA /ALTA</b>        |
| <b>VOLUMEN INTENSO</b>      | <b>LOGRADO</b>  | <b>X</b> | <b>AGUDO/</b>            |
| <b>VOLUMEN CONFIDENCIAL</b> | <b>LOGRADO</b>  | <b>X</b> | <b>ESFUERZO</b>          |
| <b>TONO MEDIO HABLADO</b>   | <b>ADECUADO</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADO</b>          |
| <b>TONO OPTIMO</b>          | <b>ADECUADO</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADO</b>          |
| <b>EXTENSION TONAL</b>      | <b>ADECUADO</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADO</b>          |
| <b>QUIEBRE TONALES</b>      | <b>AUSENTE</b>  | <b>X</b> | <b>AGUDO /GRAVE</b>      |
| <b>ATAQUE VOCAL</b>         | <b>SUAVE</b>    | <b>X</b> | <b>DURO</b>              |
| <b>BRILLO</b>               | <b>ADECUADO</b> | <b>X</b> | <b>OPACO</b>             |
| <b>RESONANCIA</b>           | <b>ORAL</b>     | <b>X</b> | <b>HIPO /HPERNASAL</b>   |
|                             |                 |          |                          |

## HABLA

|                       |               |          |                               |
|-----------------------|---------------|----------|-------------------------------|
| <b>FLUIDEZ</b>        | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>DISFEMIA</b>               |
| <b>ARTICULACION</b>   | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADA</b>               |
| <b>APERTURA BUCAL</b> | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>AUMENTADA</b>              |
| <b>PROSODIA</b>       | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADA</b>               |
| <b>VELOCIDAD</b>      | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>TAQUILALIA /BRADILALIA</b> |
| <b>INTEGIBILIDAD</b>  | <b>NORMAL</b> | <b>X</b> | <b>ALTERADA</b>               |

OBSERVACION PACIENTE QUE SE LE REALIZA VALORACION DE LA VOZ , SE ENCUENTRA VOZ CON UNA INTENSIDAD TONO TIEMBRE NORMAL , BUEN PATRON RESPIRATORIO , COORDINACION NEUMOFONICA NORMAL , SIN NINGUNA RESTICION PARA PUESTO DE TRABAJO SE DAN PAUTAS DE UNA BUENA HIGIENE VOCAL

**DX VOZ NORMAL , FLUIDA E INTELIGIBLE**

**Paola Andrea Trujillo**  
Fonaudióloga  
Universidad Católica  
Rc 765386

## AUDIOMETRÍA TAMIZ

|                  |                           |                    |         |
|------------------|---------------------------|--------------------|---------|
| Fecha de Examen  | 2025-01-23 10:58:58       | Orden Servicio No. | 1015958 |
| Tipo de Examen   | No Aplica                 |                    |         |
| Énfasis en       | No Aplica                 |                    |         |
| Ciudad           | CARTAGO (Valle del Cauca) |                    |         |
| Empresa Convenio | Persona Natural           |                    |         |
| Empresa Usaria   | Persona Natural           |                    |         |

### I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                         |           |                              |              |                                    |                           |            |               |         |
|-------------------------|-----------|------------------------------|--------------|------------------------------------|---------------------------|------------|---------------|---------|
| Nombres y Apellidos     |           | LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS |              |                                    | No. Identificación        |            | CC 1116267535 |         |
| Sexo                    | Maculino  |                              | Grupo Étnico |                                    | Ninguna de las anteriores |            |               |         |
| Nacionalidad            |           | Colombia                     |              | Fecha Nacimiento                   |                           | 1995-05-31 | Edad          | 29 años |
| Estado Civil            |           | Soltero                      |              | Composición Familiar               |                           | 3 personas |               |         |
| Nivel Educativo         |           | Profesional                  |              | Profesión u Oficio                 |                           | ABOGADO    |               |         |
| Ciudad                  |           | TULUÁ (Valle del Cauca)      |              |                                    |                           |            |               |         |
| Dirección Residencia    |           | Calle35a # 44 - 103          |              |                                    |                           | Estrato    | 3             |         |
| Zona de Residencia      |           | Urbana                       |              | Localidad/Comuna                   |                           |            |               |         |
| Teléfonos               |           | 3122591363                   |              |                                    |                           |            |               |         |
| Correo Electrónico      |           |                              |              |                                    |                           |            |               |         |
| Discapacidad            |           | Sin Discapacidad             |              | Tiene certificado de discapacidad? |                           | No Aplica  |               |         |
| EPS                     | NUEVA EPS |                              | ARL          | AFP                                |                           |            | Colpensiones  |         |
| Acompañante/Responsable |           | No Registra                  |              |                                    |                           |            |               |         |





### II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

|                                                        |              |                              |                                         |                        |                  |
|--------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------------|
| Cargo a desempeñar                                     | INSTRUCTOR   |                              |                                         | Área de Trabajo        | SENA             |
| Descripción Cargo                                      | INSTRUCTOR   |                              |                                         |                        |                  |
| Turno de Trabajo                                       | Diurno       |                              | Rango Salarial                          | Desconoce              |                  |
| Fecha Ingreso Empresa                                  | PARA INGRESO | Antigüedad en Empresa        | 0 años y 0 meses                        | Antigüedad en el Cargo | 0 años y 0 meses |
| Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar |              | Suministrados por la empresa |                                         |                        |                  |
| Exposición a Factores Riesgo Auditivo                  |              | Si                           | Uso de Elementos de Protección Auditiva |                        | No               |
| Ruido                                                  |              |                              |                                         |                        |                  |

### III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

| Empresa | Cargo | Tiempo | Expuesto a Riesgo Auditivo | Uso Elementos Protección Auditiva |
|---------|-------|--------|----------------------------|-----------------------------------|
|         |       |        |                            |                                   |

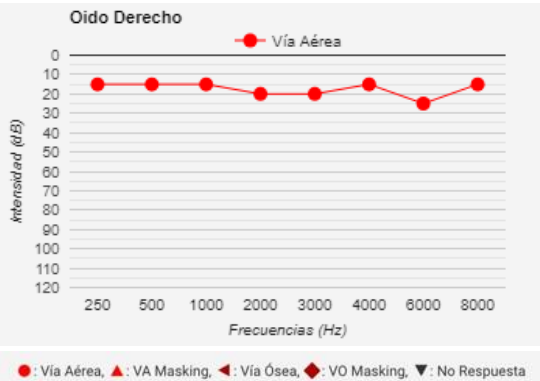
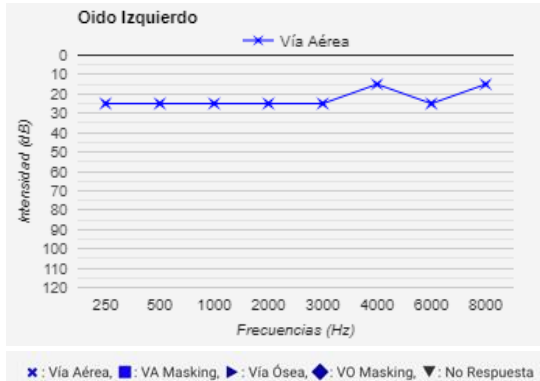
### IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

|       |
|-------|
| Niega |
|-------|

### V. ANTECEDENTES PERSONALES

|                    |                            |          |                          |          |                  |          |
|--------------------|----------------------------|----------|--------------------------|----------|------------------|----------|
| Generales          | Hipertensión Arterial      | Negativo | Diabetes                 | Negativo | Parálisis Facial | Negativo |
|                    | Rinitis                    | Negativo | Rubeola                  | Negativo | Sarampion        | Negativo |
|                    | Paperas                    | Negativo | Trauma Craneo Encefálico | Negativo | Otro             | Negativo |
| Otológicos         | Otitis Repetitiva          | Negativo | Hipoacusia               | Negativo | Tinnitus         | Negativo |
|                    | Cirugía Oído               | Negativo | Prurito                  | Negativo | Ototóxicos       | Negativo |
|                    | Problemas de Equilibrio    | Negativo |                          |          |                  |          |
| Ruido Extralaboral | Servicio Militar           | Negativo | Auriculares              | Positivo | Motociclismo     | Positivo |
|                    | Tejo                       | Negativo | Uso armas de fuego       | Negativo |                  |          |
| Observaciones      | USUARIA REFIERE DX MIGRAÑA |          |                          |          |                  |          |

## VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

|                                                                                   |                            |                              |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|--------------------------------|
| Fecha Última Audiometría                                                          | No-Recuerda                | Resultado                    |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
| Reposo auditivo para la prueba actual                                             | Si                         | Tiempo del reposo auditivo   | 0 Horas    | Tiempo de Exposición a Ruido | 0 Horas                                                                            |      |      |      |      |                                |
| Uso de cabina                                                                     | Si                         | Equipo para la prueba actual | MAICO MA42 | Fecha Última Calibración     | 2024-11-25                                                                         |      |      |      |      |                                |
| Otoscopia                                                                         | Oído Derecho               | Normal                       |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   | Oído Izquierdo             | Normal                       |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
| Marcar audiometría actual como Audiometría Base?                                  |                            |                              | Si         |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
| Audiogramas                                                                       |                            |                              |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|  |                            |                              |            |                              |  |      |      |      |      |                                |
| Resumen de Frecuencias Audiometría Actual                                         | Intensidad                 | Frecuencias (Hz)             |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      | Promedio Tonos Puros (5,1,2,3) |
|                                                                                   |                            | 250                          | 500        | 1000                         | 2000                                                                               | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |                                |
|                                                                                   | Oído Derecho - Vía Aérea   | 15                           | 15         | 15                           | 20                                                                                 | 20   | 15   | 25   | 15   | 17.5dB                         |
|                                                                                   | Oído Izquierdo - Vía Aérea | 25                           | 25         | 25                           | 25                                                                                 | 25   | 15   | 25   | 15   | 25dB                           |
| M: Masking, NR: No Respuesta                                                      |                            |                              |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
| Escalas Auditivas                                                                 | SAL (PTA 5,1,2)            | Oído Derecho                 | 16.7dB     | B: Casi Normal               |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   |                            | Oído Izquierdo               | 25dB       | B: Casi Normal               |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   | ELI (4000Hz)               | Presbiacusia                 | 8dB        |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   |                            | Oído Derecho                 | 7dB        | A: Normal Excelente          |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   |                            | Oído Izquierdo               | 7dB        | A: Normal Excelente          |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
|                                                                                   | LARSEN                     | Oído Derecho                 | Normal     |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |
| Oído Izquierdo                                                                    |                            | Normal                       |            |                              |                                                                                    |      |      |      |      |                                |

## VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

|                                     |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico Principal CIE-10        | 2011 - Examen de oídos y de la audición                                                                |
| Tipo                                | Impresión Diagnóstica                                                                                  |
| Oído Derecho                        | Según GATISST, Audición Normal. AUDICIÓN NORMAL CON TODAS LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CONSERVADAS |
| Oído Izquierdo                      | Según GATISST, Audición Normal. AUDICIÓN NORMAL CON TODAS LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CONSERVADAS |
| Interpretación Audiometría          | Normal bilateral                                                                                       |
| Comparación con audiometría de base | No se realiza comparación                                                                              |

## VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| Recomendaciones | Ninguna                |
| Observaciones   | CONTROL AUDITIVO ANUAL |

*Angelica María Valencia Márquez*  
P. 03038

Firma Especialista

**Dra. Angelica María Valencia**

Registro No.: 03038

*Luis Egozo Cifuentes R.*

Firma del Usuario

**LUIS EUGENIO CIFUENTES ROJAS**

CC.: 1116267353