# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

**CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1231223**

**EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR**

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACIóN [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

## DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 04/03/2025 | EMPRESA: PARTICULARES SO | | |
| NOMBRE: JEAN PIERRE PALACIO DEL VALLE | | DOC. IDENTIDAD: CC 1004365750 | |
| CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | EDAD: 21 AÑOS | |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) | FECHA DE NACIMIENTO: 2003-05-15 | EPS: SALUD TOTAL | |
| DIRECCIÓN: MZ 80 CASA 12 CALLE LA 30 | | TELEFONO: 3008715997 | |
| PESO: 70 Kg | TALLA: 188 Cm | P.ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 19.81 |



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**

1) AUDIOMETRIA 2 ) VISIOMETRIA 3 ) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**EXAMEN DE PREINGRESO**

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [ X ] |
| 2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO | [ X ] | [ ] |

**CONCEPTOS GENERALES**

| PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. VISUAL [ X ] | 2. AUDITIVO [ X ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ X ] | 7. OTROS [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| REMISIONES SI [ ] NO [ X ] | ARL SI [ ] NO [ X ] | EPS SI [ ] NO [ X ] |

**RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR**

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTULARES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS,SE RECOMIENDA HACER CAMBIOS FRECUENTES DE ACTIVIDAD PARA DEJAR DESCANSAR LOS GRUPOS MUSCULARES DE LAS MANOS Y LOS ANTEBRAZOS, HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS CON LOS ANTEBRAZOS, MANOS Y DEDOS ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TAREAS DONDE SE UTILICEN LOS MIEMBROS SUPERIORES.
SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE CUMPLAN CON LA NORMATIVIDAD TÉCNICA, LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE PROCUREN Y MANTENGAN LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN LOS LUGARES Y AMBIENTES DE TRABAJO, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, CAPACITACIÓN Y VERIFICACIÓN EN USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO:
A CONTINUACIóN SE CITAN LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES QUE FUERON VALIDADAS POR EL CDC (CENTERS OF DESEASE CONTROL AND PREVENCIóN) DE ATLANTA USA.

1- EVITAR EL CONTACTO DE LA PIEL O MUCOSAS CON LA SANGRE Y OTROS LíQUIDOS DE PRECAUCIóN UNIVERSAL, DE TODOS LOS PACIENTES, NO SOLAMENTE DE AQUELLOS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD.

2- USAR GUANTES PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE IMPLIQUEN CONTACTO CON:
O SANGRE U OTROS FLUIDOS CORPORALES, CONSIDERADOS LíQUIDOS DE PRECAUCIóN UNIVERSAL.
O PIEL NO INTACTA, MEMBRANAS MUCOSAS O SUPERFICIES CONTAMINADAS CON SANGRE.

3- USAR MASCARILLA Y GAFAS (O CARETA FACIAL) PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE GENEREN GOTAS DE SANGRE O LíQUIDOS CORPORALES; CON ESTA MEDIDA LA EXPOSICIóN DE LAS MEMBRANAS DE LA BOCA, NARIZ Y LOS OJOS.

4- EMPLEAR DELANTALES PROTECTORES PLáSTICOS O IMPERMEABLES CUANDO HAYA POSIBILIDAD DE GENERAR SALIDA EXPLOSIVA O A PRESIóN DE SANGRE O LíQUIDOS CORPORALES: DRENAJE DE ABSCESOS, ATENCIóN DE HERIDOS, PARTOS, PUNCIóN DE CAVIDADES, ETC.

5- LAVAR LAS MANOS INMEDIATAMENTE ANTES Y DESPUéS DE REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO O DE TENER CONTACTO CON SANGRE O LíQUIDOS CORPORALES O ATENDER CUALQUIER PACIENTE. LOS GUANTES NUNCA SON UN SUSTITUTIVO DEL LAVADO DE LAS MANOS DADO QUE LA CALIDAD DE LOS GUANTES ES VARIABLE Y NO PREVIENEN LOS PINCHAZOS.
6- DEFINIR POLíTICAS CLARAS SOBRE EL MANEJO DE LOS DESECHOS CONTAMINADOS CON FLUIDOS DE RIESGO, DESDE EL PUNTO DONDE SE PRODUCEN HASTA LA DISPOSICIóN EN EL áREA DE LAVADO PARA EL MATERIAL DESECHABLE O EL BASURERO INSTITUCIONAL. DISPONER DE RECIPIENTES CON DESINFECTANTES CERCA DE LA CAMA DEL PACIENTE PARA DESECHAR LOS GUANTES, LAS AGUJAS Y LOS TEXTILES USADOS EN CURACIONES. LA ROPA CONTAMINADA CON FLUIDOS DE RIESGO DEBEN EMPACARSE DENTRO DEL CUARTO DEL PACIENTE EN BOLSAS ROJAS.

CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN EN TÉCNICAS DE MANIPULACIÓN SEGURA DE CARGAS PARA TRABAJADORES EXPUESTOS.
SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE SVE EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD, AVISOS Y SEÑALES DE SEGURIDAD PARA GARANTIZAR AMBIENTES SEGUROS DE TRABAJO.
PREVENCION DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS:
RECOMENDACIONES HIGIENE VISUAL, HIGIENE POSTURAL ADECUADA, ERGONOMÍA VISUAL.
DESCANSA DE LA PANTALLA, TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE TENER LA PANTALLA COLOCADA DE FORMA QUE NUESTRO CUELLO SE MANTENGA RECTO, CONTRIBUYEN A TENER UN MEJOR RENDIMIENTO Y UNA MENOR FATIGA VISUAL (NTC 5831).
CAPACITACIÓN ERGONOMICA: ERGONOMíA POSTURAL ESTáTICA: GARANTIZAR EL MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA MIENTRAS SE ESTá EN REPOSO O SE REALIZA UNA ACTIVIDAD EN POSICIóN ESTáTICA.
ERGONOMíA POSTURAL DINáMICA: MANTENER UNA POSTURA ADECUADA MIENTRAS SE REALIZAN TAREAS QUE IMPLICAN MOVIMIENTO.
VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE BIOSEGURIDAD, ESPECIALMENTE CON LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS RIESGOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAL (APLICACIóN DE LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECíFICAS DE ACUERDO CON EL áREA DONDE LABORAN Y EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIóN ADECUADOS CON EL FIN DE PREVENIR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GENERADAS POR EXPOSICIóN AL FACTOR DE RIESGO LABORAL PROVENIENTE DE LA EXPOSICIóN A DIFERENTES FUENTES BIOLóGICAS (DECRETO 1543 DE JUNIO 12 DE 1997 DEL MINISTERIO DE SALUD):
A) ACATAR LAS RECOMENDACIONES QUE EN MATERIA DE MEDIDAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD SEAN ADOPTADAS E IMPARTIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD;

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

**CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1231223**

**EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR**

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACIóN [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

## DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 04/03/2025 | EMPRESA: PARTICULARES SO | | |
| NOMBRE: JEAN PIERRE PALACIO DEL VALLE | | DOC. IDENTIDAD: CC 1004365750 | |
| CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | EDAD: 21 AÑOS | |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) | FECHA DE NACIMIENTO: 2003-05-15 | EPS: SALUD TOTAL | |
| DIRECCIÓN: MZ 80 CASA 12 CALLE LA 30 | | TELEFONO: 3008715997 | |
| PESO: 70 Kg | TALLA: 188 Cm | P.ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 19.81 |



B) CAPACITAR A TODO EL PERSONAL VINCULADO EN LAS MEDIDAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD;
C) VELAR POR LA CONSERVACIóN DE LA SALUD DE SUS TRABAJADORES;
D) PROPORCIONAR A CADA TRABAJADOR EN FORMA GRATUITA Y OPORTUNA, ELEMENTOS DE BARRERA O CONTENCIóN PARA SU PROTECCIóN PERSONAL, EN CANTIDAD Y CALIDAD ACORDES CON LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS LUGARES DE TRABAJO, SEAN éSTOS REALES O POTENCIALES.
FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA, SUFICIENTE Y ADECUADA SOBRE LOS RIESGOS EN SU TRABAJO Y LA FORMA DE PREVENIRLOS O REDUCIRLOS, FOMENTAR EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO Y ESTIRAMIENTO DE LOS SEGMENTOS CORPORALES IMPLICADOS EN LAS TAREAS DESARROLLADAS A DIARIO.
INCORPORAR POLÍTICAS Y PROGRAMAS QUE PROMUEVAN Y APOYEN ESPACIOS AMIGABLE PARA EL BIENESTAR Y LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO.
CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR:
EL TRABAJADOR DEBE RECIBIR LA INSTRUCCIóN COMPLETA Y ADECUADA ACERCA DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE PREVENCIóN CUANDO SE TIENE CONTACTO CON PACIENTES O CON LíQUIDOS DE ALTO RIESGO, INSTRUCCIóN QUE DEBE SER VALIDADA A TRAVéS DE TALLERES Y REFORZADA A TRAVéS DE UNA SUPERVISIóN EFECTIVA DE LA ACTIVIDAD DIARIA, PROCURANDO QUE LAS CONDUCTAS SEGURAS SE CONVIERTAN EN PARTE INTEGRAL DE SU FORMA DE VIDA.

LA UTILIZACIóN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIóN PERSONAL ADECUADO Y CON DISPONIBILIDAD PERMANENTE DE LOS MISMOS, ES PARTE FUNDAMENTAL EN LA DISMINUCIóN DEL GRADO DE RIESGO EN CASO DE ACCIDENTE BIOLóGICO Y ES PARTE FUNDAMENTAL JUNTO CON LA CAPACITACIóN E IMPLEMENTACIóN DE LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE LA GESTIóN REALIZADA POR LA EMPRESA COMO ACCIóN A ESTE FACTOR DE RIESGO.

MEDIDAS DE PREVENCION PARA PELIGROS POR CAIDAS A NIVEL:

DE CAIDAS A DIFERENTE NIVEL(EXTREMAR LAS PRECAUCIONES CUANDO SE REALICEN TRABAJOS EN ALTURAS).

CAIDAS A MISMO NIVEL(UTILIZAR CALZADO DE SEGURIDAD ANTIDESLIZANTE).

MANTENER LAS ZONAS DE TRABAJO LIBRES DE OBJETOS Y OBSTÁCULOS, MANTENER LOS PASILLOS Y ÁREAS DE CIRCULACIÓN, LIBRES DE OBSTÁCULOS Y DERRAMES.
MEDIDAS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA PREVENCION DE CORTES/GOLPES,SOBRESFUERZOS Y FATIGA POSTURAL, RIESGO ELECTRICO.
PROMOVER EL AUTOCUIDADO Y AUTOREPORTE (IDENTIFICAR LOS AGENTES DE RIESGO PRESENTES EN SU LUGAR DE TRABAJO E INFORMAR SOBRE ELLOS AL RESPONSABLE DE LA SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA).

TODAS LAS ANTERIORES ACTIVIDADES PUEDEN SER REALIZADAS POR LA EMPRESA CON EL DIRECCIONAMIENTO Y ASESORÍA DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL),PARA ELEVAR EL NIVEL DE PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL TRABAJO. (DECRETO 1295/94 ART. 35 Y 80, LEY 9 DE 1979, RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, RESOLUCIóN 1111 DE 2017 ESTáNDAR 7.1.4) Y CON SEGUIMIENTO POR EL RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPóSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MéDICO OCUPACIONAL Y/O EXáMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNóSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASí COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIóN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIóN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTáNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIóN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGó AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRá A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRáN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLíNICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIóN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIóN DE SALUD GOZARá DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIóN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SóLO SERá USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIóN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIóN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLíNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGúN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIóN QUE SUMINISTRO ES VERíDICA Y NO OMITIR NINGúN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A




ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16

JEAN PIERRE PALACIO DEL VALLE
CC 1004365750
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

---

Ex:

04/03/2025

# Test Results

www.keystoneview.com
(775)324-2799

Test Index: 2773
Fecha del Examen: 04/03/2025
Administró por: Admin

Nombre: PALACIO, JEAN PIERRE
ID: 1004365750

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinía por: None
Anteojos/Lentes de Contacto: None
Problemas con Los Ojos: None

| Nombre de Prueba | Lente | Día/Noche | Pasa/Falta | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Estereopsis | Lejana | Día | Normal | 8 - Círculo |
| Visión de Color (Rojo/Verde) | Lejana | Día | Normal | Dos Correctos |
| Vision de Colores Azul/Violeta | Lejana | Día | Normal | Tres Correctos |
| Agudeza del Ojo Izquierdo | Lejana | Día | Normal | 20/20 |
| Agudeza del Ojo Derecho | Lejana | Día | Normal | 20/20 |
| Agudeza Binocular | Lejana | Día | Normal | 20/20 |
| Phoria (Coordinación de los Ojos) | Lejana | Día | Normal | Lateral:5, Vertical:5 |
| Visión Periférica (Campo Horizont | Lejana | Día | Normal | LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85 |
| Agudeza Punta (B) - Izquierda | 26" | Día | Normal | 20/30 |
| Agudeza Punta (B) - Derecha | 26" | Día | Normal | 20/30 |
| Agudeza del Ojo Izquierdo | Cercana | Día | Normal | 20/20 |
| Agudeza del Ojo Derecho | Cercana | Día | Normal | 20/20 |
| Agudeza Binocular | Cercana | Día | Normal | 20/20 |
| Phoria (Coordinación de los Ojos) | Cercana | Día | Normal | Lateral:5, Vertical:5 |

Conclusiones: Un mensaje con resultado NORMAL indica que los ojos están saludables. No significa que están completamente saludables sino que pasaron las pruebas.

Notas: Ingresa Notas Aquí

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: JEAN PIERRE PALACIO DEL VALLE | IDENTIFICACION: CC 1004365750 | HC: 1004365750 - CC | EDAD: 21 Años | SEXO: M |
| FECHA DE NACIMIENTO: 15/5/2003 | RESIDENCIA: MZ 80 CASA 12 CALLE LA 30 | TELEFONO: 3008715997 | ATLANTICO-BARRANQUILLA | |
| ZONA RESIDENCIAL: Urbana | ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) | OCUPACION: | | |
| DIR. TRABAJO: | TEL. TRABAJO: | GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH: | | |
| FECHA INGRESO: 4/3/2025 - 10:58:51 | FECHA EGRESO: 4/3/2025 - 11:07:23 | CAMA: | | |
| DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA | EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.: | | | |
| CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR | PLAN: PARTICULARES SO | TIPO AFILIADO: Otro | | |
| IPS: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | DIRECCION: CARRERA 5 N 26B-23 | TELEFONO IPS: TEL SO | | |

**HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA**

| **TIPO DE ATENCION:** | SALUD OCUPACIONAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FRECUENCIA** | **250** | **500** | **1000** | **2000** | **3000** | **4000** | **6000** | **8000** |
| **OIDO DERECHO** | 20 | 20 | 15 | 10 | 20 | 15 | 10 | 15 |
| **OIDO IZQUIERDO** | 20 | 20 | 15 | 15 | 40 | 25 | 25 | 20 |

**CUADRO CLASIFICACION**

| | **OIDO DERECHO** | **OIDO IZQUIERDO** |
|---|---|---|
| **PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz** | 16 | 23 |
| **UMBRAL: 4000Hz** | 15 | 25 |
| **ELI** | Bueno | Normal |
| **SAL** | Normal | |
| **FRECUENCIAS CONVERSACIONALES** | 19.5% Normal | |

**NIOSH-1998**

| | | |
|---|---|---|
| **NORMAL** | X | X |
| **HIPOACUSIA LEVE** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA PROFUNDA** | | |

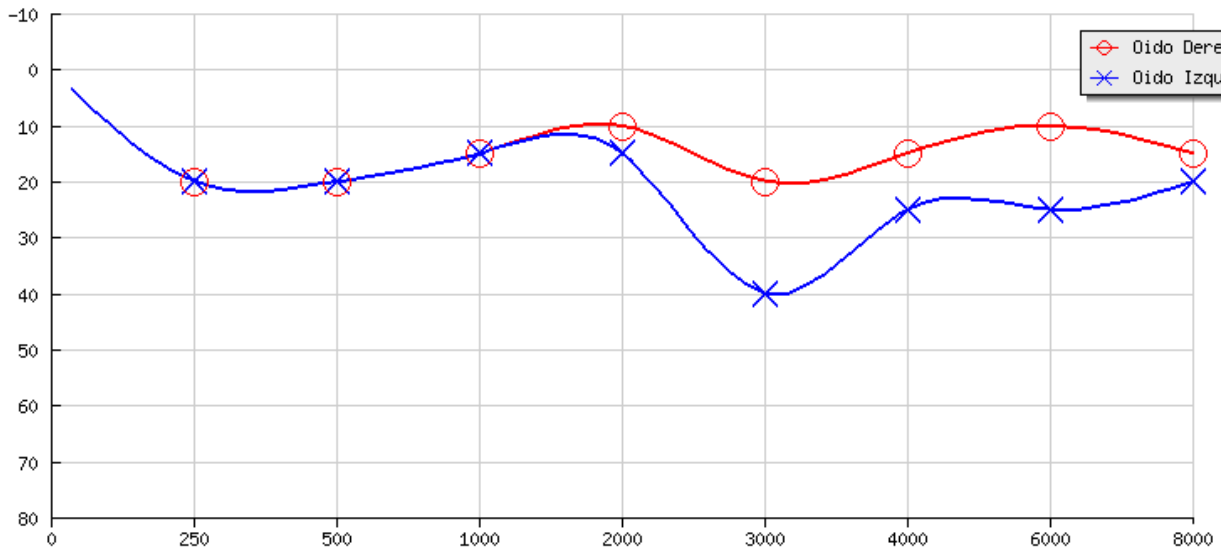
**ANSI-96(PTA)**

| | | |
|---|---|---|
| **NORMAL** | | |
| **HIPOACUSIA MINIMA** | X | |
| **HIPOACUSIA LEVE** | | X |
| **HIPOACUSIA MODERADA** | | |
| **HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA SEVERA** | | |
| **HIPOACUSIA PROFUNDA** | | |

OBSERVACIONES

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL CON DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA DE 3000 HZ EN OÍDO IZQUIERDO

**AUDIOGRAMA**




_____

**PROFESIONAL:** KAROL GUTIERREZ HERNANDEZ
CC 1004306126
**ESPECIALIDAD** - AUDIOMETRIA SO

**ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC**

KAROL GUTIERREZ HERNANDEZ

_____

PROFESIONAL
REGISTRO: 1004306126
CC - 1004306126 - T.P 1004306126
AUDIOMETRIA SO

Imprimió: KAROL GUTIERREZ HERNANDEZ - KGUTIERREZH

Fecha Impresión : 2025/3/4 - 11:16:07