Más Vida Salud Integral
NIT. 34557797-6
Calle 16 Norte #6-27, Popaya - Colombia
Tel. 8232283 - Cel. 3206105337 - E-mail.vesmedina@yahoo.es



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 805

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIÓN DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHAPARRO VELASCO MARIA CRISTINA	FEMENINO	34 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1061712501 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
INGENIERA ELECTRONICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *HIPOACUSIA DERECHA, DEFECTO DE REFRACCION*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : TAPABOCAS	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : 5 MIN CADA 2 HORAS DE TRABAJO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: SALAZAR MEDINA VICTORIA EUGENIA

R. M.: 27999 **L.S.O.:** 12510-10-2018

Código de Seguridad
Z691F1L805

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHAPARRO VELASCO MARIA CRISTINA

CC: 1061712501

SocialMed IPS	CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE: *MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO*	**SEXO:** *FEMENINO*
IDENTIFICACIÓN: *1061712501*	**EDAD:** *36 año(s).*
ESTADO CIVIL: *SOLTERO*	**FECHA NACIMIENTO:** *10-10-1988*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3007752881*
ETNIA: *ND*	**TIPO DE USUARIO:** *ND*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *2025-03-03*
DIRECCIÓN: *- CRA 4D # 21N 07*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *03-03-2025 02:53 pm*

DATOS PERSONALES

OCUPACION: *NA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NA*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *NA*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** *NA*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA) : INSTRUCTORA
TIPO DE VALORACIÓN: INGRESO
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR , PSICOSOCIAL
MOTIVO DE CONSULTA: VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y PSICOSOCIAL PROFESIÓN: INGENIERA EN ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES CARGO: INSTRUCTORA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTORA **PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ** , MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
EXAMEN APLAZADO: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: NORMAL

RECOMENDACIONES

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DEL PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

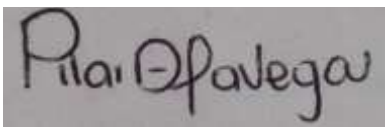
MEDICAS:

- SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS USAR CORRECCIÓN VISUAL

OCUPACIONALES:

- USO DE EPP SVE VISUAL SVE CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTICAS E HIGIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES: EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DIA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O LA EMPRESA CONTRATANTE. ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA, SE RECOMIENDA: - SIN ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SIN ALTERACIÓN PSICOSOCIAL QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SE DAN PAUTAS DE AUTO CUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES - POSIBILITAR CAMBIOS POSTURALES Y EJECUCIÓN DE PAUSAS ACTIVAS MIXTAS O DESCANSOS DURANTE LA JORNADA DE ACUERDO AL PROGRAMA DE PAUSAS DEL PROCESO DE SST DE LA EMPRESA - - CAPACITACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL DE ACUERDO AL CARGO Y PUESTO DE TRABAJO - ACTIVIDAD FISICA REGULAR PARA



Firma:_____
PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ
cc.1061706577 // SALUD OCUPACIONAL

Firma:_____
MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO

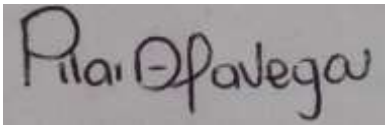
SocialMed IPS	CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE: *MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO*	**SEXO:** *FEMENINO*
IDENTIFICACIÓN: *1061712501*	**EDAD:** *36 año(s).*
ESTADO CIVIL: *SOLTERO*	**FECHA NACIMIENTO:** *10-10-1988*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3007752881*
ETNIA: *ND*	**TIPO DE USUARIO:** *ND*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *2025-03-03*
DIRECCIÓN: *- CRA 4D # 21N 07*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *03-03-2025 02:53 pm*

CONTROL DEL PESO Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR - RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - HIGIENE DEL SUEÑO - USO ADECUADO DE LOS EPP - SVE VISUAL DE LA EMPRESA - USO DE CORRECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A INDICACIONES DE OPTOMETRIA -- CONTROL ANUAL - VALORACIÓN POR NUTRICIÓN DE LA EPS - VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS PARA INGRESO AL PROGRAMA DE CONTROL DE PESO Y PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA EPS - SVE CARDIOVASCULAR DE LA EMPRESA PAUTAS PARA EL CUIDADO DE LA VOZ: BEBER AGUA (TRAGOS CORTOS Y CONTINUOS), MANTIENE HIDRATADO LOS PLIEGUES VOCALES Y DISMINUYE LAS MUCOSIDADES EN LA GARGANTA. NO GRITAR. EVITAR FORZAR LA VOZ EN ENTORNOS RUIDOSOS. HABLAR A MENOS DISTANCIA, PROYECTAR Y USAR AMPLIFICADORES DE SONIDO SI ES NECESARIO. PAUSAS. REPOSAR LA VOZ SIEMPRE QUE SEA POSIBLE. DESCANSAR 10 MINUTOS POR HORA Y EVITAR HABLAR MAS DE 4 HORAS SEGUIDAS.

La presente certificación se expide con la base a la historia clinica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma:_____
PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ
cc.1061706577 // SALUD OCUPACIONAL

Firma:_____
MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO

CENTRO CLÍNICO VERUTTI S.A.S.
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

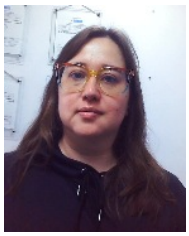
HC No. 1061712501 Orden Servicio No. 1292992

AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de Examen	2025-02-18 09:58:18	**Orden Servicio No.**	**1292992**
Tipo de Examen	No Aplica		
Énfasis en	No Aplica		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO			**No. Identificación**	CC 1061712501
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1988-10-10	**Edad**	36 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	1 personas		
Nivel Educativo	Maestría	**Profesión u Oficio**	INGENIERA ELECTRONICA		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)				
Dirección Residencia	CRA 4D # 21N-07 RINCON DE LA ESTANCIA			**Estrato**	3
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3007752881				
Correo Electrónico	centroclinicoverutti@gmail.com				
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Sanitas	**ARL**	Positiva	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTORA			**Área de Trabajo**	INSTRUCTOR
Descripción Cargo	INSTRUCTORA				
Turno de Trabajo	Diurno			**Rango Salarial**	Desconoce
Fecha Ingreso Empresa	2025-02-18	**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 el trabajador				
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No			**Uso de Elementos de Protección Auditiva**	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

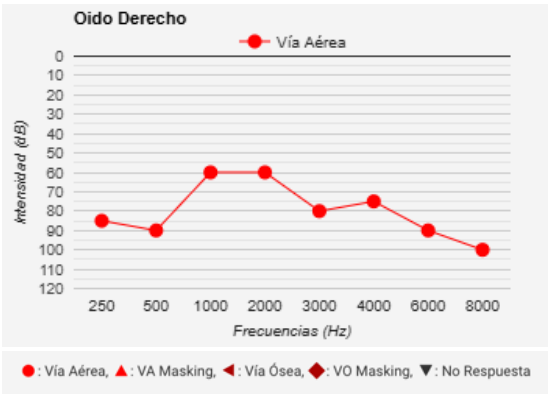
V. ANTECEDENTES PERSONALES

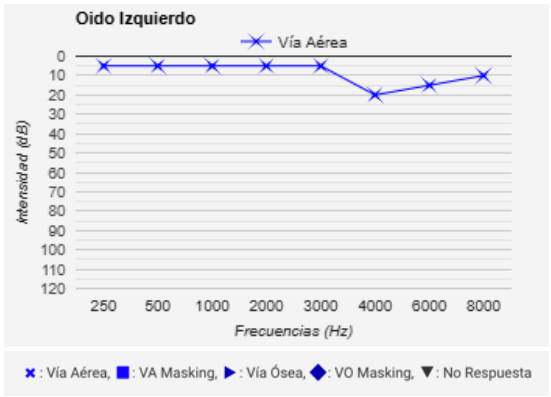
Generales	**Hipertensión Arterial**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Parálisis Facial**	Negativo	
	Rinitis	Negativo	**Rubeola**	Negativo	**Sarampion**	Negativo	
	Paperas	Negativo	**Trauma Craneo Encefálico**	Negativo	**Otro**	Negativo	
Otológicos	**Otitis Repetitiva**	Negativo	**Hipoacusia**	Positivo	**Tinnitus**	Negativo	
	Cirugia Oido	Negativo	**Prurito**	Negativo	**Ototóxicos**	Negativo	
	Problemas de Equilibrio	Negativo					
Ruido Extralaboral	**Servicio Militar**	Negativo	**Auriculares**	Positivo	**Motociclismo**	Negativo	
	Tejo	Negativo	**Uso armas de fuego**	Negativo			
Observaciones	USO DE AURICULARES 2 HORAS DIARIAS HIPOACUSIA OÍDO DERECHO						

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	No-Recuerda	**Resultado**	ALTERADO				
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 MA41	**Fecha Última Calibración**	2024-04-04		
Otoscopia	**Oido Derecho**	Normal					
	Oido Izquierdo	Normal					
Marcar audiometría actual como Audiometría Base?	No						

Audiogramas





Resumen de Frecuencias Audiometría Actual	**Intensidad**	**Frecuencias (Hz)**								**Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)**
		250	**500**	**1000**	**2000**	**3000**	**4000**	**6000**	**8000**	
	Oido Derecho - Vía Aérea	85	90	60	60	80	75	90	100	72.5dB
	Oido Izquierdo - Vía Aérea	5	5	5	5	5	20	15	10	5dB

M: Masking, **NR:** No Respuesta

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H919 - Hipoacusia, no especificada
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oido Derecho	Según GATISST, Hipoacusia no especificada. CURVA CON DESCENSO DE MODERADO A PROFUNDO EN TODAS LAS FRECUENCIAS.
Oido Izquierdo	Según GATISST, Audición Normal. CURVA NORMAL
Interpretación Audiometria	Anormal descenso frecuencial unilateral
Comparación con audiometría de base	No se realiza comparación

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Ninguna
Observaciones	OÍDO DERECHO CURVA CON DESCENSO DE MODERADO A PROFUNDO EN TODAS LAS FRECUENCIAS. OÍDO IZQUIERDO CURVA NORMAL YA HACE USO DE AUDÍFONO

Firma Especialista

Dra. IBON ANGELICA MARTINEZ PITO
Registro No.:
L.S.O.: 1909324 DEL 12/2012

Firma del Usuario

MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO
CC.: 1061712501

CENTRO CLÍNICO VERUTTI S.A.S.
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

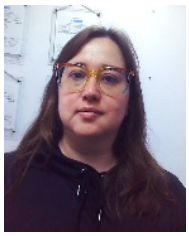
HC No. 1061712501 Orden Servicio No. 1292992

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2025-02-18 10:40:13	**Orden Servicio No.**	**1292992**
Tipo de Examen	No Aplica		
Énfasis en	No Aplica		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO	**No. Identificación**	CC 1061712501		
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1988-10-10	**Edad**	36 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	1 personas		
Nivel Educativo	Maestría	**Profesión u Oficio**	INGENIERA ELECTRONICA		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)				
Dirección Residencia	CRA 4D # 21N-07 RINCON DE LA ESTANCIA	**Estrato**	3		
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3007752881				
Correo Electrónico	centroclinicoverutti@gmail.com				
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Sanitas	**ARL**	Positiva	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTORA	**Área de Trabajo**	INSTRUCTOR		
Fecha Ingreso Empresa	2025-02-18	**Antigüedad en Empresa**	0 años y 0 meses	**Antigüedad en el Cargo**	0 años y 0 meses
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador				
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si	**Uso de Elementos de Protección Visual**	Si		
Pantalla Computador, Alta Exigencia Visual, Polvo		Lentes Anti Reflejo			

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Positivo. PADRES	**Diabetes**	Negativo.
Triglicéridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Triglicéridos**	Negativo
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Negativo
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Negativo	**Chalazion**	Negativo
	Catarata	Negativo	**Ciguría Refractiva**	Positivo		
Observaciones	LASIK EN EL 2007 ESPIRONOLACTONA HACE 4 MESES, DURACION DEL TRATAMIENTO 6 MESES					

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	Si	**Mala Visión Próxima**	No	**Lagrimeo**	No	**Cansancio Visual**	Si
Ardor	No	**Cefaléa**	No	**Prurito**	No	**Secreación**	No
Hiperemia	No	**Fotofobia**	No	**Desviación Ocular**	No	**Resequedad**	No
Observaciones	VOLVIO A HACER LENTES HACE 3 AÑOS						

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	**Fecha Último Control Visual**	Un año			**Usa lentes con fórmula**	Si	
	Tipo de Lentes	Monofocales			**Frecuencia de Uso**	Permanente	
	Lensometría - Ojo Derecho	-2.00-0.75*155			**Lensometría - Ojo Izquierdo**	-2.25ESF	
Agudeza Visual	**Visión Lejana**	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	20/200	**Ojo Izquierdo**	20/200	
		Con corrección	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
	Visión Próxima	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**		**Ojo Izquierdo**		
		Con corrección	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
Estado Motor	**Visión Lejana**	Ortoforia					
	Visión Próxima	Exoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	5 centimetros					
Examen Externo	**Ojo Derecho**	HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS					
	Ojo Izquierdo	HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS					
Oftalmoscopia	**Ojo Derecho**	MEDIOS TRANSPARENTES					
	Ojo Izquierdo	MEDIOS TRANSPARENTES					
Retinoscopia	**Ojo Derecho**	SOMBRAS CONTRA			**Ojo Izquierdo**	SOMBRAS CONTRA	
Subjetivo con Fórmula Final	**Ojo Derecho**		**Visión Lejana**		**Visión Cercana**		
	Ojo Izquierdo		**Visión Lejana**		**Visión Cercana**		
Visión Cromática	Normal						
Visión Profundidad	Normal						
Visión Periférica	Normal						

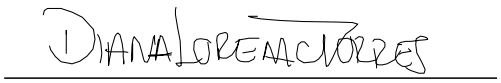
IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H522 - Astigmatismo
Tipo	Confirmado Repetido

No.	Ojo	Descripción

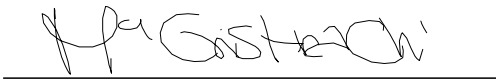
X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes, Adecuadamente corregido, continuar con uso de lentes, Control optométrico anual
Observaciones	CONTROL ANUAL HIAL TEARS 3 VECES AL DÍA



Firma Especialista

Diana Lorena Castrillon Torres
Registro No.: 2834



Firma del Usuario

MARIA CRISTINA CHAPARRO VELASCO
CC.: 1061712501

Clínica Colsanitas

12209065

Petición No	12209065	Fecha de ingreso	22-ene.-2025 07:57 a. m.
Paciente	CHAPARRO VELASCO MARIA CRISTINA	Fecha de impresión	22-ene.-2025 04:30 p. m.
Documento Id	CC 1061712501	Sede	LABORATORIO POPAYAN
Fecha de nacimiento	10-oct.-1988	Servicio	CONSULTA EXTERNA
Edad	36 Años Sexo F	Empresa	EPS SANITAS SIN VALE
Dirección	CRA 4D 21N-07	Médico	CENTRO MEDICO SANTA CLARA EPS SANITAS
Télefono	3007752881		

Exámen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
QUIMICA			
COLESTEROL TOTAL	202.80	mg/dl	
Método: Colorimétrico Enzimático			
Valores sugeridos por la Guia NCEP-ATP III 2001: Colesterol deseable(óptimo): < 200 mg/dL. Colesterol elevado límite (intermedio alto): 200-239 mg/dL. Colesterol alto: 240 mg/dL.			
Fecha Validación: 22-01-2025 15:30 p. m.			
COLESTEROL HDL	44.80	mg/dl	
Método: Colorimétrico Enzimático			
VALORES RECOMENDADOS: Mujeres: mayor o igual a 50 mg/dL Hombres: mayor o igual a 40 mg/dL			
*Valores adoptados del Consenso y Lineamientos AACE/ACE 2017/2020 sobre el manejo de la dislipidemia y la prevención de enfermedades cardiovasculares.			
Fecha Validación: 22-01-2025 15:30 p. m.			
TRIGLICERIDOS	182.60	mg/dl	
Método: Colorimétrico Enzimático			
VALOR RECOMENDADO: menor o igual a 150 mg/dL.			
Nivel normal: <150 mg/dL Nivel limítrofe alto: entre 150 a 199 mg/dL Nivel alto: entre 200 a 499 mg/dL Nivel muy alto: >500 mg/dL Valores adoptados del Consenso y Lineamientos AACE/ACE 2017/2020 sobre el manejo de la dislipidemia y la prevención de enfermedades cardiovasculares.			
Fecha Validación: 22-01-2025 15:30 p. m.			
GLICEMIA	82.90	mg/dl	70 100
Método: INMUNOENSAYO ENZIMATICO (EIA)			
Fecha Validación: 22-01-2025 15:30 p. m.			

Firma Responsable

Claudia Patricia Laus Sudea
CC.66960097
Bacterióloga
Clínica Colsanitas

SEDE DE PROCESAMIENTO: LABORATORIO CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO SANTA CLARA POPAYAN
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.