Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS SAS
Salud Empresarial y Auditoría Médica

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 6-2-25 Empresa: SENA Tipo de examen: I ____ P ✓ R ____ A ____
Nombre: Gina Katherine Andrade CC No: 38'742.030
Sexo: F ✓ M ____ Edad: 43 Tel: 320 857 9815 Cargo: Instructora
Antigüedad: ____ Reposo auditivo: SI ____ NO ____ Uso de EPA: SI ____ NO ____ Tipo: ____

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

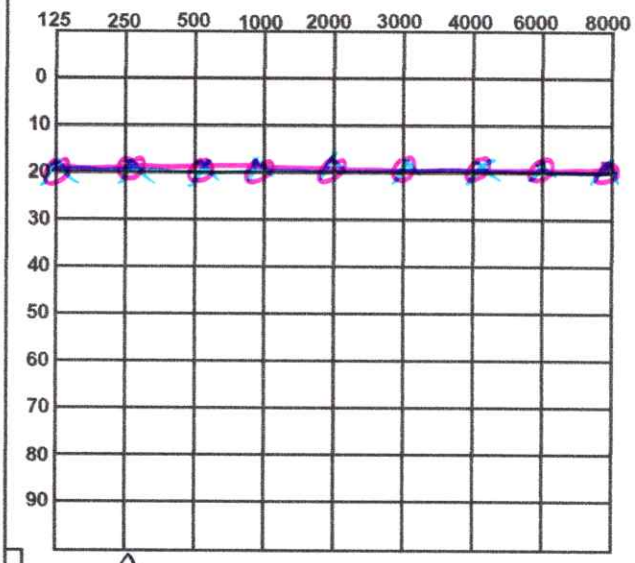
OTOLOGICOS			INGESTA OTOTOXICOS	Si	No	EXTRALABORALES	Si	No
OTALGIA	Si	No	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si	No	MOTO	Si	No
OTITIS	Si	No	QUIRURGICO			TEJO	Si	No
OTORREA	Si	No	CIRUGIA DE OIDO	Si	No	SERVICIO MILITAR	Si	No
OTORRAGIA	Si	No	TIMPANOPLASTIA	Si	No	POLIGONO	Si	No
PRURITO	Si	No	CX CABEZA O CUELLO	Si	No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

TIEMPO EN EL OFICIO: ____

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN ____ RESTOS DE CERUMEN ✓ OI: CAE LIBRE DE CERUMEN ____ RESTOS DE CERUMEN ✓
Observaciones: ____

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

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

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

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

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

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO / FECHA DE CALIBRACION DEL EQUIPO 11-01-2024

OD: Audicion Normal FRECUENCIAS ____
OI: Audición Normal FRECUENCIAS ____

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

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

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

Dra. ADRIANA V. CAMPOS
FONAUDIOLOGA
Corp. U. Iberoamericana
TP. 68 00 185

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

CONCEPTO SOCIAL Y MENTAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
6	2	2025	IBAGUE	Ingreso	X	Egreso		Periódico	
DD	MM	AAAA	CIUDAD						

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

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

GINA	KATERINE	ANDRADE		Doc. identificación	
					38.142.030
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo	Número

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

EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACION SUICIDA	NO REPORTA	X	REPORTA			
ESTADO SOCIAL	SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJO	X	MEDIA		ALTA	
ACROFOBIA	BAJA	X	MEDIA		ALTA	
Observación	**NINGUNA**					
CONCEPTO PSICOLOGICO	**APTO Cumple con todos los criterios**	X	**APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.**		**NO APTO Alto riesgo.**	

PSICOLOGO LICENCIA S.S.T NO 266 del 2018
Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 10411

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

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.075

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

ANDRADE MORENO GINA KATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	42 AÑOS 11 MESES 24 DÍAS	CC	38142030
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

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

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

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

Médico



Firma:

Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA

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

Código de Seguridad
N579T1Z24075

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ANDRADE MORENO GINA KATERINE

CC: 38142030

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

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



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 12,213

Fecha: 06/02/2025 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 38142030 **Nombre:** ANDRADE MORENO GINA KATERINE **Edad:** 42 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR PRESENCIAL **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 6 MESES
Lugar del Último Examen: IBAGUE **Motivo Consulta:** VISIOMETRIA PARA INGRESO AL CARGO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	SI
TIPO DE USO	COMPUTADOR
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/50	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/25	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/25	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCIONES VISUALES USANDO LA CORRECCION OPTICA

OPTOMETRA

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

Código de Seguridad
F579L3R12213

PACIENTE

Firma:
Nombre: ANDRADE MORENO GINA KATERINE
CC: 38142030

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

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

Código de Seguridad
C1267I33O43990

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 43990

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 6 de febrero de 2025 10:07:05 a.m.

Nombres y Apellidos: ANDRADES MORENO GINA KATERINE **CC:** 38142030 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 12/02/1998 **Edad:** 26 AÑOS 11 MESES 24 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

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

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038