



**IPS**  
Centro de  
Diagnostico  
Ocupacional

# I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCIÓN 1442 de 2024  
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL: 41 001 01 37 201



## CERTIFICADO MEDICO LABORAL **B299116**

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2025-01-14 07:21 :: Fecha de impresión: 2025-01-15 (26431527)



### Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULARES SEDE		

### Datos del Usuario

NOMBRE:	YULIETH SONS FIERRO	IDENTIFICACION:	CC 1.075.229.358
DIRECCIÓN:	CRA 42 NUMERO 8A - 08	EDAD:	36 AÑOS
CARGO:	CONTRATISTA	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3112779318
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)

### Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA

LABORATORIO CLÍNICO

CONSULTA DE VISIOMETRIA

- GLICEMIA PRE
- TRIGLICERIDOS
- COLESTEROL TOTAL
- CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

### Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

### Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
Si	3 DOSIS	SINOVAC

### Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable.</li><li>✓ Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular.</li><li>✓ Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular.</li><li>✓ Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.</li></ul>
Visual	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Usar corrección óptica con filtro de protección para pantallas, a fin de reducir la fatiga visual.</li></ul>
Generales de SST	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental.</li><li>✓ Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas.</li><li>✓ Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo.</li><li>✓ Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades.</li></ul>
Remisión EPS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Asista a programas de promoción y prevención de EPS, de acuerdo con la edad y el género.</li></ul>

### Recomendaciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales: **NO APLICA**

### Restricciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales: **NO APLICA**

**Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales**

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

**EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.**



PAOLA ANDREA MONCALEANO FORERO  
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST  
TARJETA PROFESIONAL No. RM 41 1353/2012 // LIC EN SST 1392 DE  
2024



YULIETH SONS FIERRO  
C.C. 1.075.229.358  
PACIENTE

Email: pqr@sgi.com.co :: Sitio web: www.ipscdo.com.co - www.alturasyanclajes.com



**IPS**  
Centro de  
Diagnóstico  
Ocupacional

# I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

## HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA C1000967

FECHA DE IMPRESIÓN: 2025-01-15 (26431527)

FECHA DE ATENCIÓN: 2025-01-14 07:30

TIEMPO EN CONSULTA: 0h : 7min

### Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

### Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 1075229358	TELEFONOS:	3112779318
NOMBRE:	YULIETH SONS FIERRO	EXAMEN:	CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA
FECHA DE NACIMIENTO:	1988-05-22	SINIESTRO:	
EDAD:	36 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	FEMENINO	TIPO DE CASO:	
RH:	A+	No. AUTORIZACIÓN:	CANCELO EN CAJA
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	MAESTRIA
DIRECCIÓN:	CRA 42 NUMERO 8A - 08	EMAIL:	yulieth0@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPANANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPANANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	HUILA	ACOMPANANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	NEIVA	PERSONA RESPONSABLE:	
CARGO:	CONTRATISTA	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	NUEVA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	NINGUNO		
ARL:	NO TIENE / NO REFIERE		

### Datos Iniciales Fonoaudiología

#### Antecedentes de exposición a agentes ototóxicos

¿Ha prestado servicio militar?	No
¿Practica o trabaja en alguna orquesta?	No
¿Asiste a discotecas frecuentemente?	No
¿Practica deportes con motores?	No
¿Ha estado expuesto a ruidos fuertes?	No
¿Vive en algún lugar ruidoso?	No

#### Exposición a agentes ototóxicos

¿Utiliza armas de fuego?	No
¿Utiliza audífonos?	No
¿Practica tejo?	No
¿Cual?	NO APLICA
¿En las ultimas 24 horas estuvo expuesto a ruido fuerte?	No
Observaciones	NINGUNA
¿Utiliza protección auditiva cuando tiene exposición a ruido?	Si
Observaciones	NINGUNA
¿Utiliza actualmente ayuda auditiva?	No
Observaciones	NINGUNA

#### Observaciones Generales

TAPÓN DE CERUMEN TOTAL BILATERAL --

#### Sintomatología Actual

**Sintomatología Auditiva Actual**

¿Oye bien?	Si
¿Hace cuanto?	36 AÑOS
¿Al conversar debe repetir palabras?	No
¿Debe aumentar el volumen de TV o radio?	No
¿Le molestan los ruidos intensos?	No
¿Le retumba la voz en los oídos?	No
¿Le pican los oídos?	No
Resultado de Audiometrías previas	Si
¿Utiliza ayuda auditiva para escuchar?	No
¿Utiliza audífonos para escuchar musica?	No

**Otoscoopia**

Oreja Izquierda	Anormal
Oreja Derecha	Anormal

**Observación de la oreja**

	Oído Izquierdo	Oído Derecho
<b>Campana</b>	Normal	Normal
<b>Flauta</b>	Normal	Normal
<b>Tambor</b>	Normal	Normal

**Audiograma Via Aérea**

Frecuencia	Oído Izquierdo	Oído Derecho
<b>250</b>	15.00	20.00
<b>500</b>	15.00	20.00
<b>1000</b>	15.00	15.00
<b>2000</b>	20.00	20.00
<b>3000</b>	15.00	15.00
<b>4000</b>	15.00	15.00
<b>6000</b>	15.00	15.00
<b>8000</b>	20.00	25.00
<b>Promedio de tono puro</b>	<b>16.3</b>	<b>17.5</b>
<b>Interpretación</b>	<b>AUDICIÓN NORMAL</b>	<b>AUDICIÓN NORMAL</b>

**Interpretación - Basado en NIOSH 1988**

20 - 24.99 dBs Audición Normal	55 - 69.99 dBs Hipoacusia Moderada Severa
25 - 39.99 dBs Hipoacusia Leve	70 - 84.99 dBs Hipoacusia Severa
40 - 55 dBs Hipoacusia Moderada	> 85 dBs Hipoacusia Profunda

**Grafico del Audiograma****Resultados**

Resultados de la audiometría realizada	Normal
¿Se realiza Audiometría de confirmación?	No
¿Pérdida del umbral >15 dB en cualquier frecuencia en cualquier oído?	No

**Impresión Diagnóstica****Datos de Procedimiento**

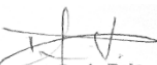
Tipo diagnostico	Impresión diagnóstica
Finalidad	Consulta
Realizado por	Profesional en FONOAUDIOLOGIA

**Impresión Diagnóstica**
☒ 2011 :: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
**Análisis y Conclusiones**

AUDICION DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.

SE RECOMIENDA:

1. CONTROL AUDITIVO ANUAL.
2. LIMPIEZA OTICA BILATERAL.

  
 Diana Paola Polo  
 Fonoaudióloga  
 RREG. 19 - 0418  
 UNIVERSIDAD DEL CAUCA

DIANA PAOLA POLO VALDERRAMA

FONOAUDIOLOGA

TARJETA PROFESIONAL 19-0418

pqr@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676  
www.ipscdo.com.co



# I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

## HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL C1000962

FECHA DE IMPRESIÓN: 2025-01-15 (26431527) FECHA DE ATENCIÓN: 2025-01-14 07:50 TIEMPO EN CONSULTA: 4h : 23min

### Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

### Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 1075229358	TELEFONOS:	3112779318
NOMBRE:	YULIETH SONS FIERRO	EXAMEN:	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL
FECHA DE NACIMIENTO:	1988-05-22	SINIESTRO:	
EDAD:	36 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	FEMENINO	TIPO DE CASO:	
RH:	A+	No. AUTORIZACIÓN:	CANCELO EN CAJA
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	MAESTRIA
DIRECCIÓN:	CRA 42 NUMERO 8A - 08	EMAIL:	yuliet0@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPANANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPANANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	HUILA	ACOMPANANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	NEIVA	PERSONA RESPONSABLE:	
CARGO:	CONTRATISTA	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	NUEVA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	NINGUNO		
ARL:	NO TIENE / NO REFIERE		

### Información Ocupacional

#### Datos del trabajo

Fecha de ingreso	2025-01-14
Area empresarial	Administrativa

#### Datos sobre el empleo

Antigüedad del cargo (Meses)	0
Horas laborales	8 HORAS
Jornada de trabajo	Diurna
¿Actualmente realiza teletrabajo?	No

### Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Si
Cantidad de Dosis Aplicadas	3 DOSIS
Marca de la Vacuna	SINOVAC

### Motivo de Consulta

#### Motivo de Consulta

EXAMEN MEDICO LABORAL

### Breve Descripción de Funciones

LABORES DE ASESORIA EN SALUD PUBLICA

### Enfermedad Actual

NIEGA SÍNTOMAS, REFIERE SENTIRSE BIEN DE SALUD.

### Ayudas Diagnosticas

NO REFIERE

### Dolor

Localización	NO REFIERE
Tipo	NO REFIERE
Frecuencia	NO REFIERE
Tiempo de evolución	NO REFIERE

**Antecedentes Riesgos Laborales**

<b>Empresa:</b>	PARTICULARES NEIVA	<b>Lista de Riesgos:</b>
<b>Cargo:</b>	ASESOR DE SALUD PUBLICA	* BIOMECÁNICO :: MOVIMIENTO REPETITIVO
<b>Antigüedad:</b>	0	* BIOMECÁNICO :: POSTURA PROLONGADA

<b>Empresa:</b>	ALCADIAS MUNICIOPLES	<b>Lista de Riesgos:</b>
<b>Cargo:</b>	ASESORA	* BIOMECÁNICO :: MOVIMIENTO REPETITIVO
<b>Antigüedad:</b>	13 AÑOS	* BIOMECÁNICO :: POSTURA FORZADA * BIOMECÁNICO :: POSTURA PROLONGADA

**Antecedentes Laborales**

Desplazamiento a zonas endémicas - Enfermedades tropicales.:

**Descripción**

Fecha	Detalle de Lugar Visitado
-------	---------------------------

¿Está o Estuvo en proceso de calificación de Enfermedad Laboral?:

**Descripción**

Fecha	Empresa	ARL que reconoció diagnostico de EL	% de PCL (Perdida de Capacidad Laboral) certificada	Diagnostico Obtenido del Evento
-------	---------	-------------------------------------	---	---------------------------------

¿Está o Estuvo en proceso de calificación de Accidente Laboral?:

**Descripción**

Fecha	Empresa	ARL que reconoció diagnostico de AT	% de PCL (Perdida de Capacidad Laboral) certificada	Diagnostico Obtenido del Evento
-------	---------	-------------------------------------	---	---------------------------------

¿Ha tenido alguna incapacidad durante el último año?:

**Descripción**

Numero de días de incapacidad	Diagnostico Obtenido del Evento	Impresion diagnóstica
-------------------------------	---------------------------------	-----------------------

**Antecedentes de Salud****Antecedentes de Salud**

Antecedente	Tipo	Fecha de Ocurrencia	Descripción del Antecedente
-------------	------	---------------------	-----------------------------

**Hábitos de Vida Saludable**

Consume Tabaco	No
Consume Alcohol	No
Consume sustancias psicoactivas	No
Realiza Actividad Física	Si
Frecuencia de Actividad Física	Semanal
Tipo de Ejercicio	GIMNASIO
Minutos por semana de Actividad Física	180

Antecedentes Ginecobstétricos	
Gestaciones	2
Partos	0
Abortos	0
Cesáreas	2
Embarazos ectópicos	0
Hijos Vivos	2
Mortinatos	0
¿Planifica?	Si
Método de Planificar	POMEROY
Fecha Ultima Regla	2024-12-30
Ciclo menstrual	Normal
Fecha Ultima Citología	2022-08-01
Resultado de Citología	17/08/2024: NEGATIVO

Observaciones Adicionales sobre Antecedentes de Salud
APENDICECTOMIA, CESAREA: PARTO PREMATURO

Revisión por Sistemas

Cabeza		Neurológico		Torax / Abdomen	
Ojos	NO REFIERE	Estado de conciencia	NO REFIERE	Tipo de tórax	NO REFIERE
Cabeza	NO REFIERE	Sensibilidad	NO REFIERE	Corazón	NO REFIERE
Cuello	NO REFIERE	Tono de fuerza muscular	NO REFIERE	Pulmones	NO REFIERE
Oídos	NO REFIERE	Lenguaje	NO REFIERE	Mamas	NO REFIERE
Nariz	NO REFIERE	Control esfínteres	NO REFIERE	Abdomen	NO REFIERE
Cavidad Oral	NO REFIERE	Mano y dedos de mano	NO REFIERE		

Columna		Sistemas	
Alineación	NO REFIERE	Linfáticos	NO REFIERE
Test de Shobber	NO REFIERE	Tegumentario	NO REFIERE
Test de Adam	NO REFIERE	Reproductor	NO REFIERE
Test de Lassage	NO REFIERE	Pierna	NO REFIERE
Dolor referido	NO REFIERE	Tobillo	NO REFIERE
		Pie y dedos de pie	NO REFIERE

Examen Físico

Signos vitales		Extremidades superiores		Torax / Abdomen	
Estatura (Mts.)	1.58	Hombro	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Tipo de tórax	NORMAL
Peso (Kg)	54	Brazo	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Corazón	NORMAL
Frecuencia cardiaca (bpm)	80	Codo	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Pulmones	NORMAL
Freuencia. Respiratoria (rpm)	18	Antebrazo	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Mamas	NO EVALUADO
Tensión arterial (### / ##)	120/80	Muñeca	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Abdomen	BLANDO, NO DOLOROSO AL TACTO, SIN MASAS NI MEGALIA
Temperatura (°C)	37°	Mano y dedos de mano	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA		
Estado General	Bueno				
Forma de Tensión Arterial	Sentado				



Columna		Extremidades inferiores		Sistemas	
Alineación	CENTRADA	Cadera	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Linfáticos	NORMAL
Test de Shobber	NEGATIVO	Muslo	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Tegumentario	NORMAL
Test de Adam	NEGATIVO	Rodilla	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA	Reproductor	NO EXAMINADO
Test de Lassage	NEGATIVO	Pierna	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA		
Dolor referido	NO REFIERE	Tobillo	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA		
		Pie y dedos de pie	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA		

Neurológico		Cabeza	
Estado de conciencia	CONSERVADO	Ojos	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA
Sensibilidad	CONSERVADO	Cabeza	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA
Tono de fuerza muscular	CONSERVADO	Cuello	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA
Lenguaje	COHERENTE	Oidos	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA
Control esfínteres	CONSERVADO	Nariz	SIN DEFORMIDADES NI DESVIACIONES
Estado Mental	CONSERVADO	Cavidad Oral	SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EXTERNA

Durante el Examen Físico	
¿Se informo al usuario la finalidad del examen físico?	Si
¿Usuario asiste con acompañante al examen físico?	No
¿Usuario consiente realizar examen físico en ropa interior?	Si

Limitaciones del examen físico realizado:	
Ninguno al examen físico.	

IMC y Peso Ideal	
I.M.C.	21.63
Interpretación	Peso normal
Peso ideal (Kg)	52.2
Peso min (Kg)	59.9 Kg
Peso max (Kg)	81.0 Kg

Impresión Diagnóstica			
Datos de Procedimiento		Impresión Diagnóstica	
Tipo diagnostico	Impresión diagnóstica	<div></div>	E782 :: HIPERLIPIDEMIA MIXTA
Finalidad	Consulta	<div></div>	Z100 :: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
Realizado por	MEDICO ESPECIALISTA		
Análisis y Conclusiones			
TRABAJADOR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AL EXAMEN FISICO SIN COMPROMISO FUNCIONAL O ALTERACIONES QUE PUEDAN AFECTAR EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO.			

Estilos de vida Saludables para el Usuario	
Biomecánico: No	
Cardiovascular: Si	

**Cardiovascular**

Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable.

Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular.

Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular.

Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.

*Auditivo: No*

*Visual: Si*

**Visual**

Usar corrección óptica con filtro de protección para pantallas, a fin de reducir la fatiga visual.

*Físico - Radiación UV: No*

*Generales de SST: Si*

**Generales de SST**

Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental.

Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas.

Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo.

Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades.

*Resultados Exámenes: No*

*Remisión EPS: Si*

**Remisión EPS**

Asista a programas de promoción y prevención de EPS, de acuerdo con la edad y el género.

**Recomendaciones Laborales****Temporalidad o vigencia**

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales

NO APLICA

*Biomecánico: No*

*Auditivo: No*

*Visual: No*

*Biológico: No*

*Psicosocial: No*

*Físico - Radiación UV: No*

*Químico - Dermatológicas: No*

*Vigilancia Epidemiológica: No*

*Otras Especiales: No*

**Restricciones Laborales**

**Temporalidad o vigencia**

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales

NO APLICA

Biomecánico: No

Auditivo: No

Visual: No

Biológico: No

Físico - Radiación UV: No

Químico - Dermatológicas: No

Condiciones de Seguridad: No

Requerimientos de Profesiograma: No

Otras Especiales: No

**Conducta Medica**☆☆☆ **Conducta Medica Laboral** ☆☆☆

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

**Ordenes Medicas**

Consulta externa / especializada: No

Medicamentos: No

Complementación Terapéutica: No

Incapacidad: No

**PCL**

Porcentaje de PCL asignado por ARL?

NO APLICA

**Anexos Externos****Observaciones**

NINGUNA

**Documentos Externos Anexos PDF**

Ver documento anexo.

PAOLA ANDREA MONCALEANO FORERO  
MEDICO ESPECIALISTA EN SST

TARJETA PROFESIONAL RM 41 1353/2012 // LIC EN SST 1392 DE 2024

YULIETH SONS FIERRO  
C.C. 1.075.229.358  
PACIENTE

pqrs@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676  
www.ipscdo.com.co



I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

HISTORIA CLINICA - LABORATORIO CLÍNICO C1000964

FECHA DE IMPRESIÓN: 2025-01-15 (26431527)

FECHA DE ATENCIÓN: 2025-01-14 07:25

FECHA DE VALIDACIÓN: 2025-01-14 11:04:26

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 1075229358
NOMBRE:	YULIETH SONS FIERRO
GÉNERO:	FEMENINO
EDAD:	36 AÑOS

GLICEMIA PRE

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
GLICEMIA PRE	82	mg/dl	60.00	110.00	Bajo: <60 Elevado: >110

TRIGLICERIDOS

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
TRIGLICERIDO	165 (*)	mg/dl	00.00	150.00	Deseable: <150 Limite Alto: 150-199 Elevado: 200-499 Muy Elevado: >500

COLESTEROL TOTAL

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
COLESTEROL TOTAL	223 (*)	mg/dl	00.00	200.00	Deseable: <200 Limite Elevado: 200-239 Elevado: >= 240

CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
LEUCOCITOS #	7.1	x10 <sup>^3</sup> /μL	5.00	10.00	
LINFOCITOS %	38.3	%	30.00	40.00	
MONOCITOS %	9.8	%	4.00	10.00	
GRANULOCITOS %	51.9	%			
LINFOCITOS #	2.70	x10 <sup>^3</sup> /μL	1.50	4.00	
MONOCITOS #	0.60	x10 <sup>^3</sup> /μL	0.20	0.80	
GRANULOCITOS #	3.80	x10 <sup>^3</sup> /μL			
RECuento GLOBULOS ROJOS (RBC)	4.85	x10 <sup>^6</sup> /μL	4.20	5.40	
HEMOGLOBINA	11.8 (*)	gR/dL	13.50	17.30	
HEMATOCRITO	39.7 (*)	%	40.00	52.00	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	82	fL	80.00	100.00	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	24.3 (*)	g/dL	27.00	34.00	
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.7 (*)	g/dL	32.00	36.00	
INDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (IDE/RDW-CV)	13.6 (*)	%	35.00	56.00	
INDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW-SD)	-	fL			
PLAQUETAS	402.000	x10 <sup>^3</sup> /μL	150.00	450.00	
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM)	6.5 (*)	μm3	7.50	8.50	
PLAQUETOCRITO (PCT)	0.260	%	0.10	0.50	
INDICE DE DISPERCIÓN PLAQUETARIA (IDP)	15.2	%			
OBSERVACIONES CUADRO HEMATICO	-				
DOCUMENTO EXTERNO PDF					

Lina DelPrado R

LINA FERNANDA DELPRADO RINCONES

BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO

TARJETA PROFESIONAL 1121334116

pqrs@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676  
www.ipscdo.com.co



# I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

## HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE VISIOMETRIA C1000972

FECHA DE IMPRESIÓN: 2025-01-15 (26431527) FECHA DE ATENCIÓN: 2025-01-14 07:40 TIEMPO EN CONSULTA: 0h : 4min

### Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

### Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 1075229358	TELEFONOS:	3112779318
NOMBRE:	YULIETH SONS FIERRO	EXAMEN:	CONSULTA DE VISIOMETRIA
FECHA DE NACIMIENTO:	1988-05-22	SINIESTRO:	
EDAD:	36 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	FEMENINO	TIPO DE CASO:	
RH:	A+	No. AUTORIZACIÓN:	CANCELO EN CAJA
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	MAESTRIA
DIRECCIÓN:	CRA 42 NUMERO 8A - 08	EMAIL:	yuliet0@hotmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	HUILA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	NEIVA	PERSONA RESPONSABLE:	
CARGO:	CONTRATISTA	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	NUEVA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	NINGUNO		
ARL:	NO TIENE / NO REFIERE		

### Exámen Visiometría

#### Información laboral

¿Usa corrección óptica?	No
Desde cuando usa lentes (gafas)	2
Tipo de Lente	N/A
Antecedentes de cirugías, traumas y otros oculares	NINGUNO
Utiliza Elementos de Protección Visual	NINGUNO

#### Antecedentes Visuales

Enrojecimiento en algún ojo	No
Poca iluminación en el puesto de trabajo	No
Ardor en alguno de sus ojos	No
Presenta cansancio visual (leer, TV, PC)	No
Lagrimo	No
Visión borrosa	No
Dolor de cabeza continuo	No
Dolor de cabeza continuo	No

#### Agudeza visual Sin Corrección

	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Vision lejana	20/20	20/20	20/20
Vision próxima	0.50 M	0.50 M	0.50 M

#### Agudeza visual Con Corrección (Si la usa)

	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Vision lejana	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Vision próxima	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

#### Examen visual

	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Observaciones
Adaptación Reflejo Luminoso	Normal	Normal	NINGUNA
Visión Perimétrica	Normal	Normal	NINGUNA
Visión o Percepción del Color	Normal	Normal	NINGUNA
Visión o Percepción de Profundidad	Normal	Normal	NINGUNA

**Valoración Cromática**

¿Adecuada percepción de colores primarios?	Sin Alteración de la visión cromática.
¿Adecuada percepción de relieve o profundidad?	25 SEG DE ARCO
Observaciones Especificas *	SIN ALTERACIONES

**Impresión Diagnóstica****Datos de Procedimiento**

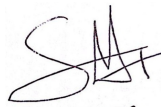
Tipo diagnostico	Impresión diagnóstica
Finalidad	Consulta
Realizado por	Profesional de la Salud

**Impresión Diagnóstica**

<input checked="" type="checkbox"/>	Z010 :: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
-------------------------------------	---------------------------------------

**Análisis y Conclusiones**

SE RECOMIENDA CONTROLES ANUALES VISUALES.

  
Tp 1075327663LAURA SOFIA MURCIA TOVAR  
OPTOMETRA  
TARJETA PROFESIONAL 2500pqrs@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676  
www.ipscdo.com.co