



UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



N° 8.806

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	01 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
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)							
HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTANZA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	56 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC	65737366
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: HTA CONTROLADA							
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:							
AUDIOMETRIA				PSICOLOGIA			
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL				ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
OPTOMETRIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE CARDIOVASCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			CAPACITACIÓN			CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: PUERTAS SILGADO LENIN ALFONSO				Nombre: HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTANZA			



UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN
SALUD OCUPACIONAL

UNESO S.A.S.

Resolución No. 3016 (14 de noviembre de 2012)

**HISTORIA CLÍNICA
PSICOLÓGICA OCUPACIONAL**

Prados del Norte - Sector 2 - Mz. B Casa 3 Piso 2 - Ibagué • Celulares: 310 - 876 62 02 • 315 - 273 49 15
e-mail: unesocupacional@yahoo.es

Empresa: SENA

Día: 29 Mes: 01 Año: 2024

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: Hernandez Rojas Norma Constanza
Edad: 65 Fecha de Nacimiento: 28-10-67 Lugar de Nacimiento: Prados del Norte
Estado civil: soltera Grado de Instrucción: universitaria
Lugar de Residencia: _____

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN Ingreso ☒ Egreso ☐ Periódico ☐ Alturas ☐

III. DATOS OCUPACIONALES

EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó).

Nombre de la Empresa: SENA
Área de trabajo: Instructor Superficie ☒ Subsuelo ☐ Espacio confinado ☐ Alturas ☐
Puesto: _____ Principales Riesgos: Riesgo Físico, accidental
Medidas de Seguridad: _____

ANTERIORES EMPRESAS: (Experiencia laboral)

Fecha: 16-12-2023
Nombre de la Empresa: SENA
Act. de la Empresa: _____
Puesto: Instructor
Tiempo: _____
Causa del retiro: Finalización contrato

IV. HISTORIA FAMILIAR:

Es lo conformado con su progenitora y su hijo.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)

Hace 12 años un accidente de moto, presento dolor de cabeza.

HÁBITOS: (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

Compartir en familia

V. ANTECEDENTES TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS

Niego presentar

VI. PROCESO DE DUELO VIGENTE:

Niego presentar

VII. HA PRESENTADO FOBIA(S) EN EL TRANSURSO DE SU VIDA:

Niego presentar

VIII. EXAMEN MENTAL:

OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

Presentación: Adecuado (✓) Inadecuado ()

Postura: Erguida (✓) Encorvada ()

Discurso: Ritmo: Lento () Rápido () Fluido (✓)

Tono: Bajo () Moderado (✓) Alto ()

Articulación: con dificultad () sin dificultad (✓)

Orientación: Tiempo: Orientado (✓) Desorientado ()

Espacio: Orientado (✓) Desorientado ()

Persona: Orientado (✓) Desorientado ()

PROCESOS COGNITIVOS

Lucido, atento: Adecuado Pensamiento: Adecuado Recepción: Adecuada

Memoria Corto plazo: Mediano plazo: Largo plazo:

Inteligencia: Adecuado Sueño: Adecuado Personalidad: "Activo-tranquilo"

Afectividad: Adecuado Conducta sexual: Adecuado

IX. DIAGNÓSTICO FINAL:

Área Cognitiva:

Apto para desempeñar su cargo según lo observado en la entrevista

Área Emocional:

Afectivo que se encuentra estable.

X. CONCEPTO DEL TRABAJO EN ALTURAS

- Reconoce que el trabajo en alturas es una situación de riesgo
- Cuando está trabajando en alturas se concentra en la seguridad
- Considera que los elementos de protección personal para trabajar en alturas son importantes
- La utilidad que percibe en dichos elementos consiste en
- Tiene experiencia en trabajo en alturas

CONCEPTO

Actualmente se puede observar que puede trabajar en alturas: _____ No puede trabajar en alturas: _____

Certifico que la información registrada en el actual cuestionario son respuestas dadas durante la entrevista y quedan bajo la responsabilidad del paciente

Ingrid Lorena Parra Tovar
Psicóloga
Esp. en Pedagogía
P. 132559
Lorena P
PSICÓLOGA

J/mr
05277361

FIRMA DEL ASPIRANTE



UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 2,955

Fecha: 29/01/2024 Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) CC: 65737366 Nombre: HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTA Edad: 56 AÑOS 3
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL Tipo Evaluación Medica: INGRESO F. Último Examen: 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: IBAGUE Motivo Consulta: INGRESO LABORAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
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	20/ 100	1.00M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 100	1.00M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/100	1.00M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: SANO

OJO IZQUIERDO: SANO

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 COLOROJO DERECHO: **NORMAL**OJO IZQUIERDO: **NORMAL****ESTEREOPSIS**OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

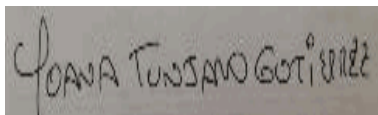
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA EXAMEN COMPLETO DE OPTOMETRIA POR DISMINUCION DE VISION DE LEJOS Y DE CERCA

OPTOMETRA

Firma: _____

Nombre: TUNJUANO GUTIERREZ LIZ YOANA

R. M.: CTNPO 1765

L.S.O.:

PACIENTE

Firma: _____

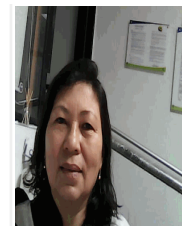
Nombre: HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTANZA

CC: 65737366



UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 2831

Fecha: 29/01/2024 Ciudad: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
Tipo Examen: INGRESO Eps: SALUD TOTAL
CC: 65737366 Nombre: HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTANZA Edad: 56 AÑOS 3 M Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 22/10/1967 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

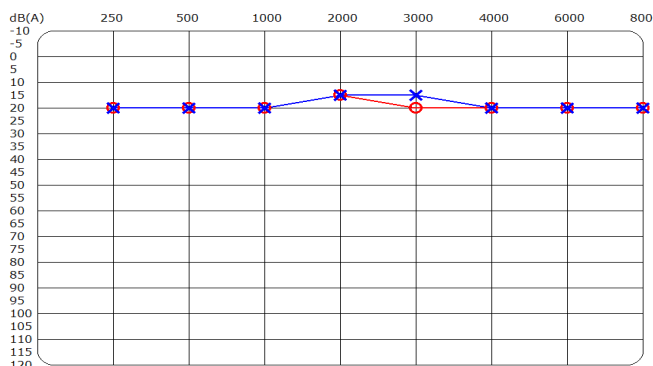
Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA 25 F. Ultima Calibración: 2023-10-19

○ : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: LIBRE DE CERUMEN
Oído izquierdo: LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	15	20	20	20	20
VAOI	20	20	20	15	15	20	20	20



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO
USE PROTECCIÓN AUDITIVA

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CASTILLO RIVERA ELIANA YANETH

R. M.: 65297

L.S.O.:

Firma:

| Norma Constanza Hernandez

Nombre: HERNANDEZ ROJAS NORMA CONSTANZA

CC 65737366



Orden No	: 77003184	Autorización	: 008-14745.
Paciente	: NORMA CONSTANZA HERNANDEZ ROJAS	No. Contrato	:
Documento	: 65737366	Tipo de Contrato	: SUBSIDIADO
Edad/Sexo	: 56 / F F. Nacimiento : 22/10/1967	Fecha Ingreso	: 2024-01-27 13:37:01
Convenio	: PROMOVER S.A.S	Fecha de Impresión	: 2024-01-29 09:23:51.
Médico	: MEDICOS VARIOS	Factura No.	:

ANALISIS	RESULTAD	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	----------	----------	-----------------------

QUIMICA

GLUCOSA BASAL:	88.0	mg/dL
Método: Enzimático.		

VALORES DE REFERENCIA:

Pediátricos primer día: 40.0 - 60.0 mg/dL.

Pediátricos mayor de 1 día: 50.0 - 80.0 mg/dL.

Adultos: 74.0 - 106.0 mg/dL.

60 - 90 años: 82.0 - 115.0 mg/dL.

Mayor de 90 años: 75.0 - 121.0 mg/dL.

Observaciones:

Muestra remitida de Promover, tomada a las 12+45 pm.

---COPIA---



IVONNE NUÑEZ ORTEGA
BACTERIOLOGA
RP 03773

Validación: 29/01/2024 9:20:54 a.