**CUIDAMOS DE TU SALUD IPS**
**No. Identificación** 901387141-1
**Dirección:** CALLE 14# 19-71
**Teléfono:** 3153992794
**Email:** contabilidadcuidamosdetusalud@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | SANTA MARTA - 2025/06/10 | Nro Ingreso: | 20250610020137 |
| Paciente: | VALENTINA . TOLOZA QUEVEDO | CC: | 1063480825 |
| Edad: | 21 años | Nombre Cliente: | PARTICULAR |
| Género: | Femenino | Tipo Evaluación: | Preingreso |
| Cargo: | SALUD | Convenio: | PARTICULAR |
| Fecha Atención: | 2025-06-10 10:41:41 | | |
| Sede: | Sede principal | | |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | VISIOMETRIA | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: | SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | -DIETA BAJA EN GRASAS Y EN CARBOHIDRATOS- EJERCICIO FISICO REGULAR TIPO CARDIOVASCULAR, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO. |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | SIN RESTRICIONES OSTEOMUSCULARES |

## Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periódico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Médico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de CUIDAMOS DE TU SALUD IPS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Milena Cabrera M.
Milena Cabrera Márquez
Médico
Especialista en Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 1082942925 / Lic. 150. 16763

Valentina

Profesional Ocupacional: Milena Patricia Cabrera Marquez

Registro M.D: 1082942925

Firma del Paciente: VALENTINA . TOLOZA QUEVEDO

Identificación: CC. - 1063480825

CUIDAMOS DE TU SALUD IPS
NIT: 901387141-1
Dirección: CALLE 24# 2-24
Teléfono: 3153992794
Web: www.cuidamosdetusaludips.com
Email: atencionalcliente@cuidamsdetusaludips.com

# HISTORIA CLINICA DE VISIOMETRIA

Paciente: VALENTINA . TOLOZA QUEVEDO  Identificación: 1063480825
Fecha de atenció 10/06/2025

**Anamnesis**

Uso de correción visual : No ☐ Permanente ☐ Lejana ☐ Cerca
Quirurgicos: Ninguno
Antecedentes personales: Ninguno

**Sintomas**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Fotofobia | Cansancio | ☐ Visión borrosa | |
| Lagrimeo | ☐ Dolor | ☐ Visión doble | |
| ☐ Ardor | ☐ Secreción | ☐ Mala visión Cercana | |
| ☐ Cansancio | ☐ Ojo rojo | ☐ Mala visión Lejana | Ultimo Examen: NIEGA |

**Examen externo**

| | | |
|---|---|---|
| Papados | Normal | Sin hallazgos |
| Conjuntivas | Normal | Sin hallazgos |
| Escleras | Normal | Sin hallazgos |
| Pupilas | Normal | Sin hallazgos |
| Cornea | Normal | Sin hallazgos |
| Globo ocular | Normal | Sin hallazgos |

## Visión Lejana

**Agudeza visual**

| | Sin correción | Con correción | Estreptosis | Phoria | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | 20/20 | | 40 Arc... | Lateral | Normal |
| Ojo izquierdo | 20/20 | | | Vertical | Normal |
| Ambos ojos | 20/20 | | | | |

## Visión cercana

**Agudeza visual**

| | Sin correción | Con correción | 40 Arc... | Phoria | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | 20/20 | | | Lateral | Normal |
| Ojo izquierdo | 20/20 | | | Vertical | Normal |
| Ambos ojos | 20/20 | | | | |

**Visión de color**

| | | |
|---|---|---|
| Rojo/ Verde | Normal | |
| Azul/ Violeta | Normal | |

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** Emetrope

**INTERPRETACIÓN:** No requiere correción óptica

**CONCEPTOS** Nor...

**CUIDAMOS DE TU SALUD IPS**

**No. Identificación:** 901387141-1

**Teléfono:** 3153992794

**Email:** contabilidadcuidamosdetusalud@gmail.com

Impreso por: SANDY CABANA TORRES

**Código del Prestador:** 4700101594

**Dirección:** CALLE 14# 19-71

**Web:** https://cuidamosdetusaludips.com/

**Fecha de Impresión:** 2025/06/10 11:06:48

**Descripción del Informe:** Formato institucional para el uso y manejo de la HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 1063480825** | Nro Historia: | **20250610010124** |
| Paciente: | **TOLOZA QUEVEDO VALENTINA .** | Nro Ingreso: | **20250610020137** |
| Fecha Nac: | **2004/02/09** | Fecha Atención: | **2025-06-10 10:29:07.000** |
| Dirección: | **CALLE 7 #14-11** | Tipo Evaluación: | **Preingreso** |
| Edad: | **21 años** | Enfasis: | **Osteomuscular** |
| Sexo: | **Femenino** | | |
| Teléfono: | **3011476525** | | |
| Nombre del Cargo: | **SALUD** | | |

## Audiometria - Antecedentespersonales

## Otologicos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Otitis | No | NO REFIERE |
| Sinusitis | No | NO REFIERE |
| Rinitis | No | NO REFIERE |
| Otalgia | No | NO REFIERE |
| Vértigo | No | NO REFIERE |
| Hipertension Arterial | No | NO REFIERE |
| Diabetes | No | NO REFIERE |
| Acúfenos | No | NO REFIERE |
| Enfermedades Virales | No | NO REFIERE |
| Otorrea | No | NO REFIERE |
| Otorragia | No | NO REFIERE |
| Prurito | No | NO REFIERE |
| Sensación de Oido Tapado | No | NO REFIERE |
| Tinnitus | No | NO REFIERE |
| Hipoacusia Subjetiva | No | NO REFIERE |
| Otros Otologicos | NO REFIERE | |

## Extralaborales

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Servicio Militar | No | NO REFIERE |
| Otros Extralaborales | NO REFIERE | |

## Patologicos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Parotiditis | No | NO REFIERE |
| Sarampión | No | NO REFIERE |
| Rubeola | No | NO REFIERE |
| Alteración de Tiroides | No | NO REFIERE |
| Otros Patologicos | NO REFIERE | |

## Traumaticos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Trauma Craneoencefálico | No | NO REFIERE |
| Trauma Directo | No | NO REFIERE |
| Trauma Acústico | No | NO REFIERE |
| Otros Traumaticos | NO REFIERE | |

## Quirurgicos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Cirugia de Oído | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Garganta | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Nariz | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Cabeza y Cuello | No | NO REFIERE |
| Timpanoplastia | No | NO REFIERE |
| Otros Quirurgicos | NO REFIERE | |

## Sintomaticos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Sintomas Oído | No | NO REFIERE |
| Sintomas Nariz | No | NO REFIERE |
| Sintomas Garganta | No | NO REFIERE |

## Toxicos y Farmacos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Medicamentos Ototoxicos | No | NO REFIERE |
| Fármacos | No | NO REFIERE |
| Tóxicos Industriales | No | NO REFIERE |
| Ultima Audiometria Realizada | De 0 a 6 meses | Normal |
| Observaciones | NO REFIERE | |

## Audiometria - Habitos

| | | |
|---|---|---|
| Tejo | No Practica | NO REFIERE |
| Poligono | No Practica | NO REFIERE |
| Musica a Alto Volumen | No Practica | NO REFIERE |
| Walkman, Ipod, Mp3, Mp4 | No Practica | NO REFIERE |

Otros habitos NO REFIERE

## Audiometria - Examen Fisico

### OIDO DERECHO

| | | |
|---|---|---|
| Pabellon Auricular | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Conductos Auditivos | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Membrana Timpanica | Normal | SIN HALLAZGOS |

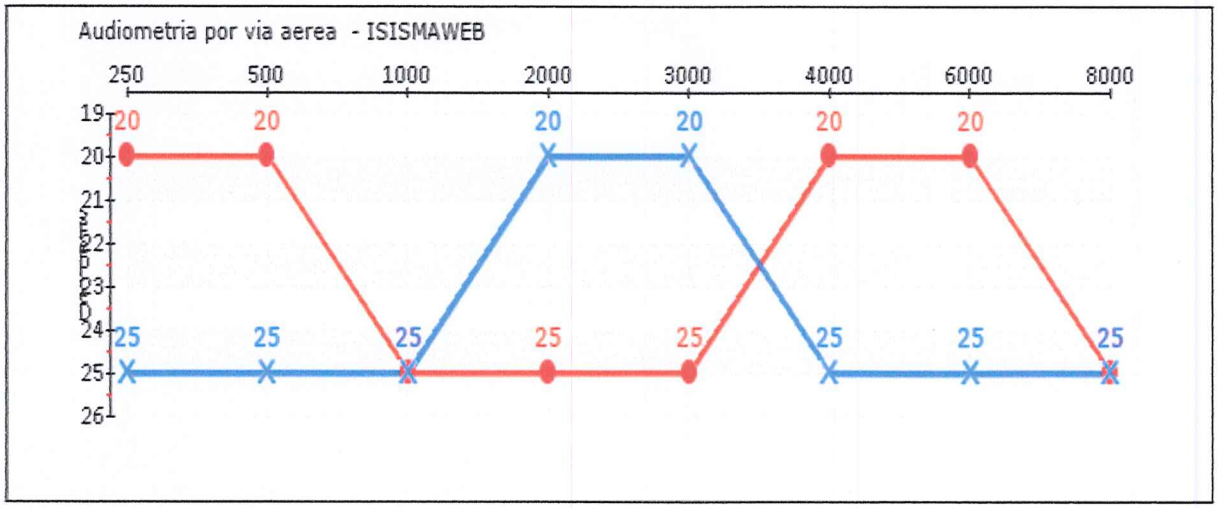
Otro SIN HALLAZGOS

### OIDO IZQUIERDO

| | | |
|---|---|---|
| Pabellon Auricular | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Conductos Auditivos | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Membrana Timpanica | Normal | SIN HALLAZGOS |

Otro SIN HALLAZGOS

## Audiometria - Grafica




## Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OD 23.75 dB

OI 22.5 dB

Frecuencias

| 250 | 500 | 1.000 | 2.000 | 3.000 | 4.000 | 6.000 | 8.000 | Oido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 20 | 25 | 25 | 25 | 20 | 20 | 25 | **Derecho** |
| 25 | 25 | 25 | 20 | 20 | 25 | 25 | 25 | **Izquierdo** |

## Audiometria - Audiograma Anterior

| 250 | 500 | 1.000 | 2.000 | 3.000 | 4.000 | 6.000 | 8.000 | Oido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **Derecho** |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **Izquierdo** |

## Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significativo: No

| 250 | 500 | 1.000 | 2.000 | 3.000 | 4.000 | 6.000 | 8.000 | Oido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 20 | 25 | 25 | 25 | 20 | 20 | 25 | **Derecho** |
| + | + | + | + | + | + | + | + | STS |
| 25 | 25 | 25 | 20 | 20 | 25 | 25 | 25 | **Izquierdo** |
| + | + | + | + | + | + | + | + | STS |

**Observaciones**

NO REFIERE

## Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Lavado de Oido
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [x] Uso deEPP Auditivo
- [x] Elemento de proteccion
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI

## Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [x] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Audiometría Confirmatoria

## Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SST AUDICION NORMAL

Diagnostico Rel 1
Diagnostico Rel 2
Diagnostico Rel 3
Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnostico O.D AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I AUDICION NORMAL OI

## Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL

## Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.



Valentina

Nombre Profesional: Irina Vasquez Manjarrez
Registro Profesional:

Nombre del Paciente: **VALENTINA . TOLOZA QUEVEDO**
Identificacion delPaciente: **CC - 1063480825**