



N° 22.367

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
INDEPENDIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				INDEPENDIENTE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
ESPINAL PEREZ YAJAIRA DEL CARMEN				FEMENINO	42 AÑOS 3 MESES 26 DÍAS	CC	39286450
						Tipo	Número
Cargos							
PSICOSOCIAL							
EPS		AFP			ARL		
EPS SURA		PORVENIR			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA 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:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL		
✓				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE AUDITIVO					
		SVE CARDIOVASCULAR					
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SIN ALTERACIONES VISIBLES.							
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: CC: 1129572923 - ISAAC BADID PALIS				Nombre: ESPINAL PEREZ YAJAIRA DEL CARMEN			
R. M.: 21895				CC: 39286450			
L.S.O.: 3567							
Código de Seguridad							
B766H1N22367							

## AUDIOMETRIA

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 22185

Fecha: 11/02/2026 Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)  
Tipo Examen: AUDIOMETRIA Eps: SURA  
CC: 39286450 Nombre: ESPINAL PEREZ YAJAIRA DEL CARMEN Edad: 42 AÑOS 3 M Genero: FEMENINO  
Fecha Nacimiento: 17/10/1983 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: PSICOLOGA

### ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SECTOR SALUD	PSICOLOGA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación

### CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

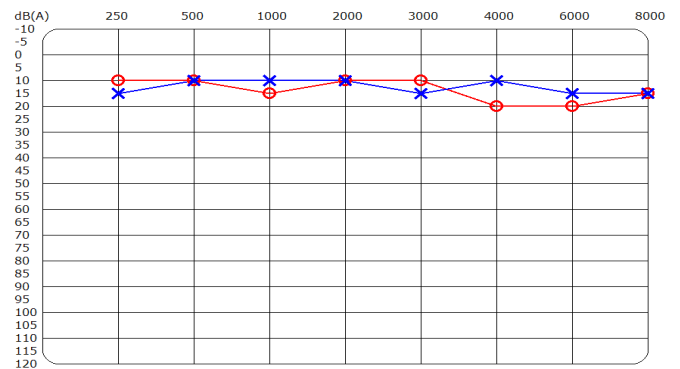
Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI  
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 170 F. Ultima Calibración: 2025-02-10

○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del OI  
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

### OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL  
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	15	10	10	20	20	15
VAOI	15	10	10	10	15	10	15	15



PTA Oído derecho:11.25

PTA Oído izquierdo:11.25

### SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

### RECOMENDACION

### OBSERVACION

### Observaciones

### FONOAUDIÓLOGO

### TRABAJADOR

Firma:



Nombre: CC: 42895320 - LINA MARIA PELAEZ

R. M.: 59297 L.S.O.: 295798

Firma:

Nombre: ESPINAL PEREZ YAJAIRA DEL CARMEN

CC: 39286450