



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 29,457

Fecha: 30/01/2024 Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) CC: 1065833885 Nombre: PEREZ RICO SOLEIDYS Edad: 26 AÑOS 6
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: ASISTENTE Empresa: PARTICULAR
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR Motivo Consulta: ASINTOMATICO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTE 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				AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			
	AV/VL	AV/VP	PH		AV/VL	AV/VP	
O.D:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

- * ESTA FÓRMULA NO ES APTA PARA LENTES DE CONTACTO, LOS PRODUCTOS (LENTE OFTÁLMICOS) NO SUMINISTRADOS POR EL PROFESIONAL QUE REALIZO EL EXAMEN VISUAL NO TIENEN GARANTÍA.
- * CUANDO TRABAJE CON PANTALLAS DE VIDEO TERMINALES, TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: PARPADEE CADA 5 SEGUNDOS O CADA VEZ QUE LO RECUERDE; APROXIMADAMENTE CADA 20 MINUTOS DE TRABAJO CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO (6 METROS); CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, CIERRE LOS OJOS SUAVEMENTE E IMAGINE UNA VISIÓN PANORÁMICA, COMO EL MAR, DURANTE UN MINUTO; SITUÉSE SIEMPRE A POR LO MENOS 40 CMS. DE LA PANTALLA DE VIDEO TERMINAL Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS; PROCURE QUE EL PUESTO DE TRABAJO TENGA ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN, ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DEL OFICIO.
- * SI EN EL EXAMEN TIENE UNA ALTERACIÓN VISUAL DEBE SOLICITAR EN SU EPS EVALUACIÓN POR OPTOMETRÍA, PARA PLAN Y CONDUCTA A SEGUIR.

OPTOMETRA

PACIENTE

Firma:
Nombre: BLANCO VILLADIEGO LEYDY YANETH
R. M.: 2105 L.S.O.:

Firma:
Nombre: PEREZ RICO SOLEIDYS
CC: 1065833885



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 24311

Fecha: 30/01/2024 Ciudad: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: _____
CC: 1065833885 Nombre: PEREZ RICO SOLEIDYS Edad: 26 AÑOS 6 M Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 01/07/1997 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: ASISTENTE

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
UNIVERSIDAD LIBRE	PSICOLOGA	NINGUNA	NO APLICA	0	1

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	SI	AUDÍFONOS	SI
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	CARRO
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas): _____ Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: ENTOMED AS203 F. Última Calibración: 2018-06-14

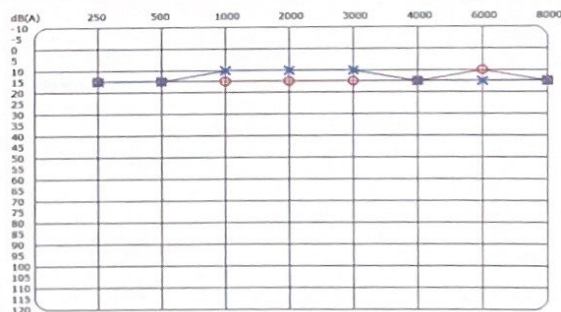
○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del Oi
< : Via ósea del OD (sin enmascarar Oi) > : Via ósea del Oi (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

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



SEVERIDAD - CAOH

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:

Nombre:

R. M.:

Luiz Maria Contreras Pinto
LUZ MARIA CONTRERAS PINTO
TERAPEUTA DE LENGUAJE

CONTRERAS PINTO LUZ MARINA

2-C-82

L.S.O.:

Firma:

Nombre:

CC

PEREZ RICO SOLEIDYS

1065833885

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo

Datos del paciente

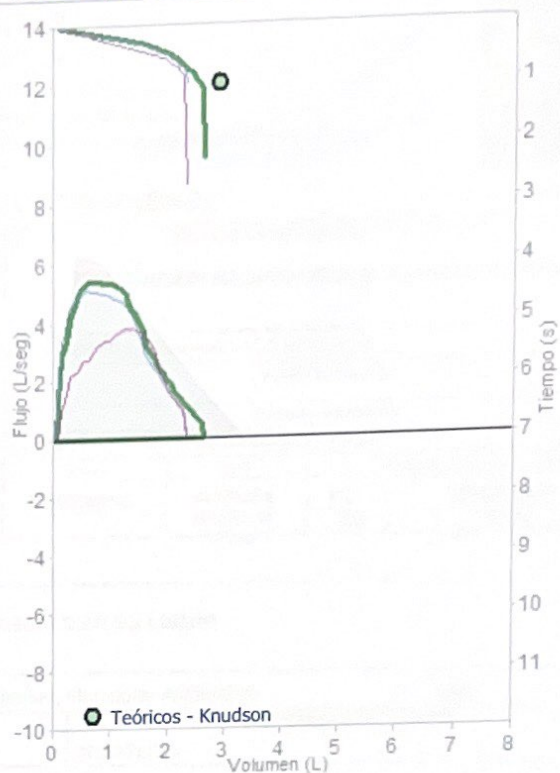
Apellido PEREZ RICO Edad 26
Nombre SOLEIDYS Género Hembra
Fecha de naci mie 1/07/1997 Altura, cm 158
Grupo étnico Caucásico Peso:, kg 60

Interpretación

Restricción ligera

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured	%Predicted
FVC	L	3,38	2,66	79
FEV1	L	2,93	2,56	87
FEV1/FVC	%	87,9	96,2	109
PEF	L/s	6,36	5,43	85



Impreso por winspiroExpress 1.11.0 - 30/01/2024 3:32:28 p. m. - Mod.C11e

Fecha 30/01/2024 2:53:31 p. m.

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured #1	%Predicted	Measured #2	Measured #3
Capacidad vital forzada						
FEV6	L	3,38	2,66	79	2,36	2,34
FVC	L	3,38	2,66	79	2,36	2,34
FEV1	L	2,93	2,56	87	2,36	2,33
FEV1/FVC	%	87,9	96,2	109	100,0	99,6
PEF	L/s	6,36	5,43	85	5,09	3,84
FEF2575	L/s	3,53	4,00	113	4,31	3,69
ELA	años	26	46	177	56	58
FIVC	L	3,38			0,00	0,00

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank_USB S/N P02218

1 / 1





CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7

Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764

E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



N° 44.051

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
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)							
PEREZ RICO SOLEIDYS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	26 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC	1065833885
Carga						Tipo	Número
ASISTENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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 MÉDICO OCUPACIONAL				✓	ESPIROMETRÍA		
AUDIOMETRÍA				✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR		
VISIOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
						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: LIÑAN BERNAL SHARLES SAMIR				Nombre: PEREZ RICO SOLEIDYS			
R. M.: 1065623886 L.S.O.: 0933-2019				CC: 1065833885			