CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de examen: 2025-10-01 **Fecha de impresión:** 2025-10-01

901574014-4

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA		
Identificación:	CC	**Número:**	52094023
Fecha de Nacimiento:	1976-05-25	**Edad:**	49
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL 10 B # 89 A 65	**Teléfono:**	3102739196
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	ATENCION PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	EXALUD SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
4. VISIOMETRIA
5. CUADRO HEMATICO HEMOGRAMA IV
6. GLICEMIA/GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
7. PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO

CONCEPTO

CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones:
Evaluación Clínica Ocupacional
El estado de salud es apto para la labor, con sobrepeso sin evidencia de patologías limitantes.
Evaluación Musculoesquelética
La función muscular y articular es conservada, aunque el sobrepeso puede predisponer a sobrecarga.
Evaluación Antropométrica
Se identifica sobrepeso, condición que requiere seguimiento y control preventivo en salud ocupacional.
visual adecuada para el trabajo, sin limitaciones significativas.
Umbrales auditivos normales, sin alteraciones funcionales.
Se aconseja control médico ocupacional periódico, junto con promoción de hábitos saludables y autocuidado. La valoración clínica de órganos y sistemas se considera satisfactoria, evidenciando un adecuado estado funcional sin hallazgos patológicos relevantes que limiten el desempeño laboral.
Pruebas de laboratorio PL.G.Tr.CH presenta indicadores dentro de los parámetros normales

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



SIN HUELLA

DANNY MARLENE PEREZ GALVIS
51830255
RM: 23-0115
Firma y sello del médico evaluador

YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA
Documento: 52094023
Firma del trabajador

Laboratorio Médico
Echavarría

ORDEN O CÓDIGO: 100101820
Página No: 1 de 4
Ingreso de Información: 01-oct.-2025
Descripción del Reporte: Final

Paciente:	CASTILLO AMPUDIA YURY ANELLA				
Edad:	49 Años 4 Meses 6 Dias	Médico:	SIN DATO		
Genero:	Femenino	Teléfono:		Empresa:	EXALUD SAS
Identificación:	CC 52094023	Envío de resultados:		Autorización:	
Teléfono:	SIN DATO	Servicio:		Sede:	Programa de Referencia Central Bogotá
Teléfono Móvil:	SIN DATO	Dirección:	SIN DATO	Plan:	EXALUD - REFERENCIA CREDITO
E-mail:					

El intervalo biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO			
HEMOGLOBINA	15.3	g/dL	12 a 16
HEMATOCRITO	*48.9	%	36 a 44
RECUENTO DE G. ROJOS	*5.59	mill/uL	4 a 5.1
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.5	fl	80 a 95
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.3	pg	26 a 31
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	31.2	g/dL	31 a 35.1
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	15.8	%	12 a 16
GLOBULOS BLANCOS	7.0	$10^3/mm^3$	4.5 a 12
NEUTROFILOS EN %	64.8	%	38.9 a 75.1
NEUTROFILOS EN #	4.5	$10^3/mm^3$	1.5 a 7.26
LINFOCITOS EN %	27.3	%	12.8 a 44
LINFOCITOS EN #	1.9	$10^3/mm^3$	1.08 a 4.84
MONOCITOS EN %	6.1	%	4.8 a 9.4
MONOCITOS EN #	0.4	$10^3/mm^3$	0.4 a 1.3
EOSINOFILOS EN %	1.4	%	0 a 6
EOSINOFILOS EN #	*0.1	$10^3/mm^3$	0.15 a 0.51
BASOFILOS EN %	0.4	%	0 a 1
BASOFILOS EN #	0.0	$10^3/mm^3$	0 a 0.11
RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO	165	$10^3/mm^3$	138 a 345
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.3	fl	7.5 a 9.3

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	13:41
Técnica:	CITOMETRIA DE FLUJO / CORRIENTE DIRECTA	
Tipo de muestra:	SANGRE EDTA HEMATOLOGIA	

Revisado por:
VIVIAN LIZETH HERRERA GUEVARA
Bacterióloga y laboratorista clínica
REG: 253584

RESULTADO VALIDADO Y EXPEDIDO POR EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA

Fecha 2025/10/01 Hora: 15:10

Paciente:	CASTILLO AMPUDIA YURY ANELLA				
Edad:	49 Años 4 Meses 6 Dias	Médico:	SIN DATO		
Genero:	Femenino	Teléfono:		Empresa:	EXALUD SAS
Identificación:	CC 52094023	Envío de resultados:		Autorización:	
Teléfono:	SIN DATO	Servicio:		Sede:	Programa de Referencia Central Bogotá
Teléfono Móvil:	SIN DATO	Dirección:	SIN DATO	Plan:	EXALUD - REFERENCIA CREDITO
E-mail:					

El intervalo biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
QUIMICA			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	106	mg/dL	10 a 129

Tipos de Referencia

Valores de referencia para adultos establecidos según Guías ATP III:
Óptimo: Menor a 100
Casi óptimo: Entre 100 y 129
Límite alto: Entre 130 y 159
Alto: Entre 160 y 189
Muy alto: Mayor o igual a 190

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	14:58
Técnica:	COLORIMETRIA ENZIMATICA/MEDICION DIRECTA	
Tipo de Muestra:	SUERO QUIMICA	

Revisado por: Nicole Pico
NICOLE ANDREA PICO TAMAYO
BATERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
REG: 16246

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	51.20	mg/dL	40 a 59

Tipos de Referencia

Valores de referencia para adultos establecidos según Guías ATP III:
Bajo: Menor a 40 (factor de riesgo cardiovascular)
Alto: Mayor o igual a 60 (factor de protección cardiovascular)

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	14:48
Técnica:	COLORIMETRIA ENZIMATICA	
Tipo de Muestra:	SUERO QUIMICA	

Revisado por: CRISTINA SALAZAR
SORANY CRISTINA SALAZAR
Bacteriólogo y laboratorista clínico(a)
REG: 5114704

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	86	mg/dL	70 a 99

Tipos de Referencia

Laboratorio Médico
Echavarría

ORDEN O CÓDIGO: 100101820
Página No: 3 de 4
Ingreso de Información: 01-oct.-2025
Descripción del Reporte: Final

Paciente:	CASTILLO AMPUDIA YURY ANELLA				
Edad:	49 Años 4 Meses 6 Dias	Médico:	SIN DATO		
Genero:	Femenino	Teléfono:		Empresa:	EXALUD SAS
Identificación:	CC 52094023	Envío de resultados:		Autorización:	
Teléfono:	SIN DATO	Servicio:		Sede:	Programa de Referencia Central Bogotá
Teléfono Móvil:	SIN DATO	Dirección:	SIN DATO	Plan:	EXALUD - REFERENCIA CREDITO
E-mail:					

El intervalo biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia

Criterios de la Asociación Americana de Diabetes 2024:
Riesgo incrementado de diabetes en población general:
Glucosa en ayunas entre 100-125 mg/dl.

Diabetes en población general:
Glucosa ayunas mayor o igual 126 mg/dl.

Diabetes en gestantes:
Glucosa ayunas mayor o igual 92 mg/dl.

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	14:58
Técnica:	COLORIMETRIA ENZIMATICA	
Tipo de Muestra:	SUERO QUIMICA	

TRIGLICÉRIDOS	128	mg/dL	6.2 a 149

Tipos de Referencia

Valores de referencia para adultos establecidos según Guías ATP III:
Normal: Menor a 150 mg/dl
Límite alto: Entre 150 y 199 mg/dl
Elevado: Entre 200 y 499 mg/dl
Muy elevado: Mayor o igual a 500 mg/dl

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	14:58
Técnica:	COLORIMETRIA ENZIMATICA	
Tipo de Muestra:	SUERO QUIMICA	

Revisado por: Nicole Pico
NICOLE ANDREA PICO TAMAYO
BATERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
REG: 16246

COLESTEROL TOTAL	171	mg/dL	6.2 a 199

Tipos de Referencia

Valores de referencia para adultos establecidos según Guías ATP III:
Deseable: Menor a 200 mg/dl
Límite alto: Entre 200 y 239 mg/dl
Alto: Mayor o igual a 240 mg/dl

	Fecha	Hora
Toma de Muestra:	01-10-2025	13:14
Reporte:	01-10-2025	14:48
Técnica:	COLORIMETRIA ENZIMATICA	
Tipo de Muestra:	SUERO QUIMICA	

Laboratorio Médico
Echavarría

ORDEN O CÓDIGO: 100101820

Ingreso de Información: 01-oct.-2025
Descripción del Reporte: Final

Paciente:	CASTILLO AMPUDIA YURY ANELLA				
Edad:	49 Años 4 Meses 6 Dias	Médico:	SIN DATO		
Genero:	Femenino	Teléfono:		Empresa:	EXALUD SAS
Identificación:	CC 52094023	Envío de resultados:		Autorización:	
Teléfono:	SIN DATO	Servicio:		Sede:	Programa de Referencia Central Bogotá
Teléfono Móvil:	SIN DATO	Dirección:	SIN DATO	Plan:	EXALUD - REFERENCIA CREDITO
E-mail:					

El intervalo biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia

Revisado por: CRISTINA SALAZAR

SORANY CRISTINA SALAZAR
Bacteriólogo y laboratorista clínico(a)
REG: 5114704

RESULTADO VALIDADO Y EXPEDIDO POR EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA

Fecha 2025/10/01 Hora: 15:10

VISIOMETRIA

Fecha Atención :
2025-10-01 07:20:05

Fecha impresión :
2025-10-01 03:13:27

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA		
Identificación:	CC	**Número:**	52094023
Fecha de Nacimiento:	1976-05-25	**Edad:**	49
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL 10 B # 89 A 65	**Teléfono:**	3102739196
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	ATENCION PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	EXALUD SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS		**CIUDAD DE ATENCION**	BOGOTA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**EMPRESA USUARIA**	
SEDE		**AREA**	
CARGO		**FECHA DE INGRESO**	
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE	**ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	NO REPORTA

EN LA EMPRESA ACTUAL

EXPOSICION A SOLVENTES	NO	**EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO	**EXPOSICION A QUIMICOS**	NO
EXPOSICION A MATERIAL PARTICULADO	NO	**EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**EXPOSICIÓN A RADIACION IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	**OTROS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES		**OBSERVACIONES**	NO REPORTA

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

PATOLOGICOS	NO	**QUIRURGICOS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**GLAUCOMA**	NO
CATARATAS	NO	**RINITIS**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
AMBLIOPIA	NO	**PTERIGIO**	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**ALTERACIONES TIROIDEAS**	NO
ESTRABISMO	NO	**DIABETES MELLITUS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES			

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS) Observaciones: USA PERMANENTE	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	**RX OD**	NO SE TOMA
RX OI	NO SE TOMA		

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO	**ARDOR**	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	NO	**ASTENOPIA VISION PROXIMA**	NO
CANSANCIO	NO	**CEFALEA**	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO	**DISMINUCION AV CERCA**	NO
DESVIACION OCULAR	NO	**DOLOR OCULAR**	NO
ENROJECIMIENTO	NO	**EPIFORA**	NO
FOTOFOBIA	NO	**INVERSION DE NUMEROS Y O LETRAS**	NO
LAGRIMEO	NO	**MAREO**	NO
PRURITO	NO	**RESEQUEDAD**	SI
SALTO DE RENGLONES	NO	**SECRECION**	NO
VERTIGO	NO	**VISION DOBLE**	NO
OTROS	NO		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/80	**CON CORRECCION OD**	20/20
SIN CORRECCION OI	20/80	**CON CORRECCION OI**	20/20
SIN CORRECCION AO	20/80	**CON CORRECCION AO**	20/20
SIN CORRECCION P.H. OD	Observaciones: NO APLICA	**SIN CORRECCION P.H. OI**	Observaciones: NO APLICA

VISIOMETRIA

Fecha Atención :
2025-10-01 07:20:05

Fecha impresión :
2025-10-01 03:13:27

VISION PROXIMA			
SIN CORRECCION OD	0.75M	**CON CORRECCION OD**	0.5M
SIN CORRECCION OI	0.75M	**CON CORRECCION OI**	0.5M
SIN CORRECCION AO	0.75M	**CON CORRECCION AO**	0.5M
CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION			
OD	NORMAL	**OI**	NORMAL
MOTILIDAD OCULAR			
COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NO APLICA	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NORMAL		
PRUEBAS SENSORIALES			
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD	Observaciones: NO APLICA	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD**	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI	Observaciones: NO APLICA	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OI**	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION AO	Observaciones: NO APLICA	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION AO**	NORMAL - 15/15
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	40 SEGUNDOS DE ARCO		
IMPRESION DIAGNOSTICA			
REFRACTIVO			
BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	SI	**OBSERVACIONES**	SE RECOMIENDA USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	
OCULAR Y MOTOR			
ALTERACION VISION BINOCULAR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION PERCEPCION AL COLOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION AL CAMPO VISUAL		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION DEL SEGMENTO ANTERIOR		**OBSERVACIONES**	
ALTERACION MOTORA		**OBSERVACIONES**	
RECOMENDACIONES			
USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES	SE RECOMIENDA USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE SE RECOMIENDA USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL SEGÚN EXPOSICIÓN. PAUSA VISUAL EN EL COMPUTADOR, PARPADEAR FRECUENTEMENTE MAS DE 15 VECES POR MINUTO, CADA 20 MINUTOS CAMBIE PUNTO DE FIJACIÓN DE SUS OJOS MIRE UN OBJETO QUE ESTE A SEIS METROS DE DISTANCIA DURANTE 20 SEGUNDOS, AJUSTE EL BRILLO Y EL CONTRASTE EN LA PANTALLA, GRADÚE LA POSICIÓN DE LA PANTALLA A UNA DISTANCIA DE 60 CM CON BUENA ILUMINACIÓN LIGERAMENTE HACIA ABAJO Y NO DIRECTAMENTE AL FRENTE O HACIA ARRIBA, CONTROL 1 AÑO.		
CONTROLES			
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	SI		
DIAGNOSTICO			
DIAGNOSTICO	H522: Astigmatismo		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Dra. Yeily Carreño B.
OPTOMETRA U.A.N.
Reg: CTNPO 1173

SIN HUELLA

YEILY CARREñO
52423841

YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA
Documento: CC 52094023

RM: 1286
Firma y sello del médico evaluador

Firma del trabajador

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2025/10/01
examenesocupacionalesexalud.com

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA		
Identificación:	CC	**Número:**	52094023
Fecha de Nacimiento:	1976-05-25	**Edad:**	49
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL 10 B # 89 A 65	**Teléfono:**	3102739196
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	ATENCION PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	EXALUD SAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
EXPUESTO A RUIDO	NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

TIPO	NO APLICA

EMPRESA 2

TIPO	NO APLICA

EMPRESA 3

TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO

OYE BIEN	SI
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO REFIERE
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI
RESULTADO	NORMAL
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	HACE 3 AÑOS

PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE
HIPOACUSIA	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
MENINGITIS	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE
OTITIS	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
OTORREA	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE
PARALISIS FACIAL	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE
VERTIGO	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE

VIBRACION CONTINUA	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES	SI
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO
MOTOCICLISMO	SI
SERVICIO MILITAR	NO
JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	NO
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

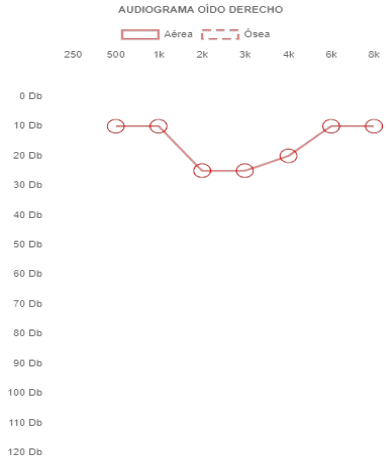
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

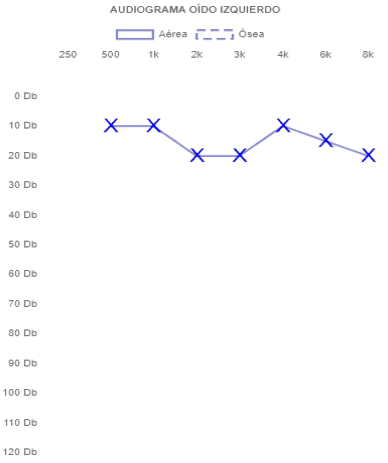
EQUIPO

USO DE CABINA	X

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2025/10/01
examenesocupacionalesexalud.com





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				10			10			25			25			20			10			10		
OI				10			10			20			20			10			15			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K) 17.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K) 15

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición
OBSERVACIONES SENSIBILIDAD AUDITIVA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD.

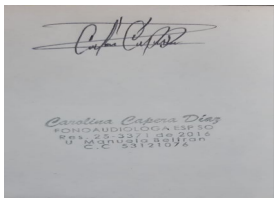
RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E. X
OTRO ROTAR CELULAR EN AMBOS OÍDOS, AUDÍFONO BAJO VOLUMEN MÁXIMO UNA HORA AL DÍA, EN LA MOTO VISOR TOTALMENTE CERRADO. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico 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.



SIN HUELLA

CAROLINA CAPERA DIAZ
53121076
RM: 253371
Firma y sello del médico evaluador

YURY ANELLA CASTILLO AMPUDIA
Documento: 52094023
Firma del trabajador