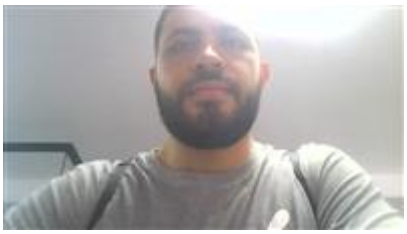
Previlabor
Salud Ocupacional

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co



DÍA	MES	AÑO
21	4	2025

Hora Registro: 3:53 PM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	FELIPE VELEZ GIRALDO	**CEDULA:**	1152216136	**EMPRESA CONTRATANTE:**	PARTICULAR
CIUDAD	Medellín	**CARGO:**	CONTRATISTA	**EMPRESA EN MISIÓN**	PARTICULAR
EPS	EPS SURA				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA
AUDIOMETRIA TAMIZ	21/4/2025
ESPIROMETRIA	21/4/2025
OPTOMETRIA	21/4/2025

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL DEL CARGO.NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCION LABORAL AL MOMENTO

Se realizó examen médico con evaluación osteomuscular

CONDUCTA:

Para el Trabajador
- REALIZAR EJERCICIO FISICO TRES VECES POR SEMANA.
- BAJAR DE PESO
- ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Para Empresa
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA OSTEOMUSCULAR
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA PSICOLABORAL
- APLICAR PAUSAS ACTIVAS
- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

INGRESAR AL PROGRAMA O SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, SI SU CARGO ESTA INCLUIDO DENTRO DE LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA COMO POBLACION OBJETO.

21/04/2025: SIN HALLAZGOS CLÍNICOS, NI ANTECEDENTES PERSONALES, QUE GENEREN RESTRICCIONES. APTO PARA TRABAJAR.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.

JUAN CAMILO VASQUEZ SADDER

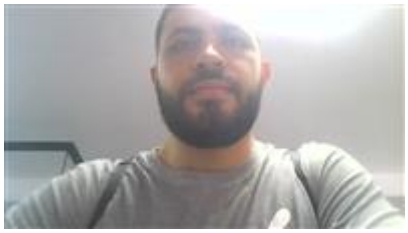
Licencia No. 95970

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.1152216136

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co



DIA	MES	AÑO	HORA
21	4	2025	3:37 PM

ESPIROMETRÍA

NOMBRES:	FELIPE	APELLIDOS:	VELEZ GIRALDOz	DOCUMENTO:	1152216136
FECHA DE NACIMIENTO:	22/1/1997	DIRECCION:	CL 49 E N 83 A 200	TEL:	3117690637
EMPRESA:	PARTICULAR		OFICIO:	CONTRATISTA	

EXPOSICIÓN LABORAL

			TIEMPO	EXPOSICIÓN A:			
EMPRESA	OFICIO	SECCIÓN	(MESES)	POLVOS	HUMOS	GASES	VAPORES

PROTECCIÓN PULMONAR	TIPO

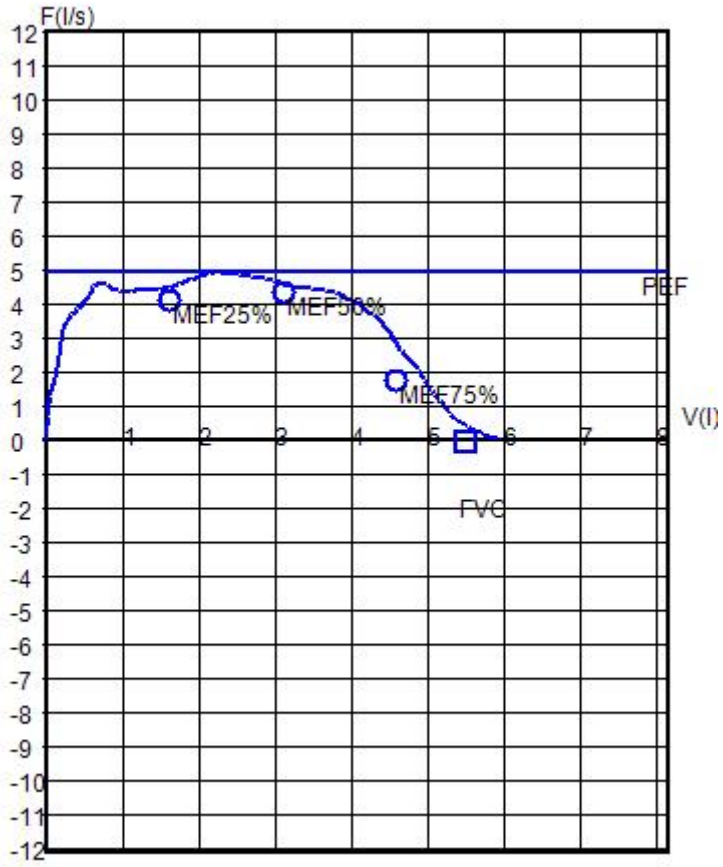
ANTECEDENTES PERSONALES

	N | S		N | S		N | S		N | S
1. RESP-ASMA	N	3. RESP-NEUMOCONIOSIS	N	5. RESP-SINUSITIS	N	7. TRAU-HERIDAS EN TORAX	N
2. RESP- EPOC	N	4. RESP-BRONQUITIS CRONICA	N	6. RESP-RINITIS	S		

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

HABITO	N | S	TIPO	FRECUENCIA
EJERCICIO	S	GIMNASIO	6 V SEMANA
TABAQUISMO	S	VAPER	5 AÑOS
LICOR	S	RON	OCQASIONAL
DROGAS DE ABUSO	N		

CAPACIDAD VITAL FORZADA



PARAMETRO	UM	TEST	Pred.	% Pred.	LLN
FVC	(l)	5,83	5,27	110,63 %	4,31
FEV1	(l)	4,54	4,40	103,18 %	3,52
FEV1/FVC%	%	77,85 %	83,94 %	92,74 %	0,74
PEF	(l/s)	4,93	4,93	100,00 %	4,93
FEF25%-75% (l/s)	(l/s)	4,44	4,57	97,16 %	2,86
FET 100%	sec	5,98			

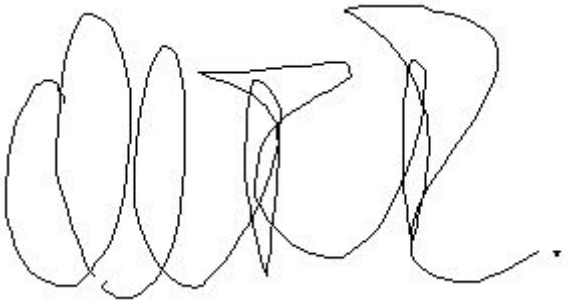
DIAGNOSTICO:

ESPIROMETRIA NORMAL

OBSERVACIONES

UTILIZAR PROTECCION RESPIRATORIA A NECESIDAD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la espirometría. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.
Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.



OLGA RUIZ

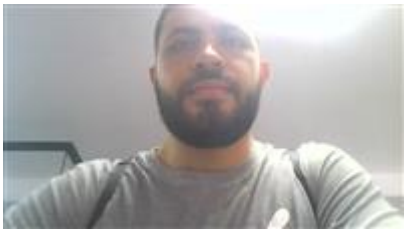
Licencia No. 5-0067



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No. 1152216136

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co



DIA	MES	AÑO	HORA
21	4	2025	9:43 AM

OPTOMETRIA

NOMBRE:	FELIPE VELEZ GIRALDO	**DOCUMENTO:**	1152216136	**EDAD:**	28
FECHA DE NACIMIENTO:	22/1/1997	**EMPRESA:**	PARTICULAR	**OFICIO:**	CONTRATISTA
EXAMEN DE:	PREEMPLEO				

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	EMPR. ACTUAL	OFICIOS	FACTORES DE RIESGO	TIEMPO DE EXPOSION MES | AÑO	PROTECCION SI | NO	CUAL

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

	N | S		N | S		N | S		N | S
1. MET-ENFS DE LA TIROIDES		4. TRAU - TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO		6. OJO-ENFS DEL OJO Y SUS ANEXOS		8. ALERGIAS RESPIRATORIAS Y OTRAS	F
2. MET-DIABETES		5. CARD-HIPERTENSION ARTERIAL		7. OJO-ALTERACIONES DE LA REFRACCION VISUAL LEJANA			
3. MET-HIPERLIPEMIAS							

Ampliación de Hallazgos:

ANTECEDENTES OCULARES

	N | S		N | S		N | S		N | S
1. QUIRURGICOS	F	3. MOTRICES		5. REFRACTIVOS		6. OTROS	
2. PATOLOGICOS		4. TRAUMA					

Ampliación de Hallazgos: CIRUGIA REFRACTIVA HACE 9 AÑOS.

SINTOMATOLOGÍA

REGULAR VISIÓN LEJANA Y PRÓXIMA.

AGUDEZA VISUAL

SIN CORRECCIÓN				CON CORRECCIÓN			
VISIÓN LEJANA		VISIÓN PRÓXIMA		VISIÓN LEJANA		VISIÓN LEJANA	
OD	20/70	OD	20/60	OD		OD	
OI	20/50	OI	20/50	OI		OI	

EXAMEN EXTERNO (Biomicroscopia)

NORMAL	OBSERVACIONES	

MOTILIDAD OCULAR

NORMAL	OBSERVACIONES	

FONDOSCOPIA

NORMAL	OBSERVACIONES	

VISIÓN CROMÁTICA Y ESTEREOPSIS

NORMAL	OBSERVACIONES	

REFRACCIÓN

		AV LEJOS	AV CERCA
OD	-1.25	20/25	20/25
OI	-0.25-1.00*10	20/30	20/30

DIAGNOSTICO

MIOPIA

ASTIGMATISMO

CONDUCTA

REQUIERE USO PERMANENTE DE GAFAS. CONTROL VISUAL PERIÓDICO.

CONCEPTO VISUAL

REQUIERE USO APROPIADO DE CORRECCION VISUAL

NO PRESENTA ALTERACIONES EN LA SALUD QUE LE RESTRINJAN SU LABOR

POR MOTIVO DE:

OBSERVACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la optometría. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.
Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.



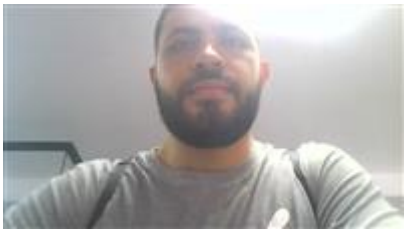
MARTHA MONTENEGRO MUÑOZ
Licencia No. 1949 CTNPO
NOMBRE Y LICENCIA DEL OPTOMETRA



FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No. 1152216136

Previlabor
Salud Ocupacional

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co



DIA	MES	AÑO	HORA
21	4	2025	3:1 PM

AUDIOMETRIA TAMIZ

NOMBRES:	FELIPEVELEZ GIRALDO	**DOCUMENTO:**	1152216136	**FECHA DE NACIMIENTO:**	22/1/1997
DIRECCION:	CL 49 E N 83 A 200	**TELEFONO:**	3117690637	**OFICIO:**	CONTRATISTA
EXAMEN DE:	PREEMPLEO	**EMPRESA:**	PARTICULAR	**REPOSO AUDITIVO :**	NO
EQUIPO :	BELL INVENTIS	**CALIBRACION :**	09/10/2024	**POR CABINA Y AUDIOCUPS**	
LE HAN REALIZADO AUDIOMETRIAS :	SI	**FECHA :**	NO RECUERDA	**RESULTADO :**	

HISTORIA OCUPACIONAL

EMPRESA (Iniciar por empresa actual)	OFICIO	TIEMPO (Meses)	EXPUESTO A RUIDO	PROTECCION AUDITIVA	CUÄL?
PARTICULAR	CONTRATISTA.	24	NO	NO	.

ANTECEDENTES PERSONALES:

	N | S		N | S		N | S		N | S
1. MET-OTRA ALTERACION ENDOCRINA NO ESPECIFICADA	N	7. OTO - SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO	S	12. OTO-PAPERAS	N	17. OTO-HIPOACUSIA SUBJETIVA	N
2. OTO - OTALGIA	N	8. OTO- VÉRTIGO	N	13. OTO-VARICELA	N	18. OTO-ACUFENOS	N
3. OTO - OTITIS	N	9. OTO - TINNITUS	N	14. TRAU-TRAUMA CRANEOENCEFALICOS	N	19. EXPUESTO A EXPLOSIONES	N
4. OTO - OTORREA	N	10. TRAU-HERIDAS EN CARA	N	15. OTO-CIRUGIAS EN CRANEO, CABEZA O CUELLO	N	20. EXPUESTO A QUIMICOS (HIDROCARBUROS)	N
5. OTO - OTORRAGIA	N	11. TRAU-TRAUMA ACUSTICO	N	16. OTO-MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N		
6. OTO - PRURITO	N						

AMPLIACION DE HALLAZGOS:

INDICA SENSACIÓN DE PLENITUD EN OIDO IZQUIERDO

EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL:

	N | S		N | S		N | S		N | S
1. TEJO	N	3. DISCOTECA	N	5. POLÍGONO	N		
2. MOTO	N	4. SERVICIO MILITAR	N	6. AUDIFONOS	N		

AMPLIACION DE HALLAZGOS:

NO REPORTA

OTOSCOPIA:

	OD	OI
PABELLON AURICULAR		
NORMAL	X	X
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO		
TAPON TOTAL DE CERUMEN	X	X
MEMBRANA TIMPANICA		
NO SE VISUALIZA	X	X

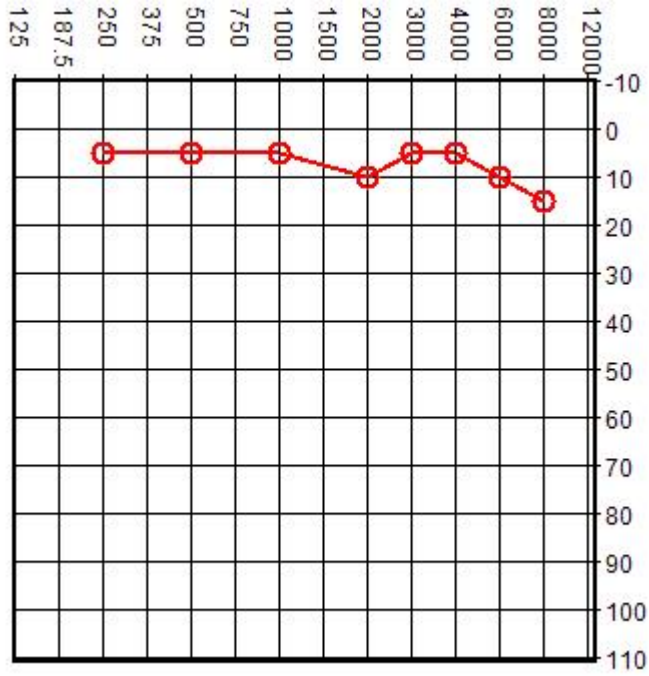
OBSERVACIONES:

SE SUGIERE EL USO DE GLICERIA CARBONATADA EN AMBOS OIDOS Y CONSULTAR A MEDICO DE EPS PARA EXTRACCIÓN DE CERUMEN

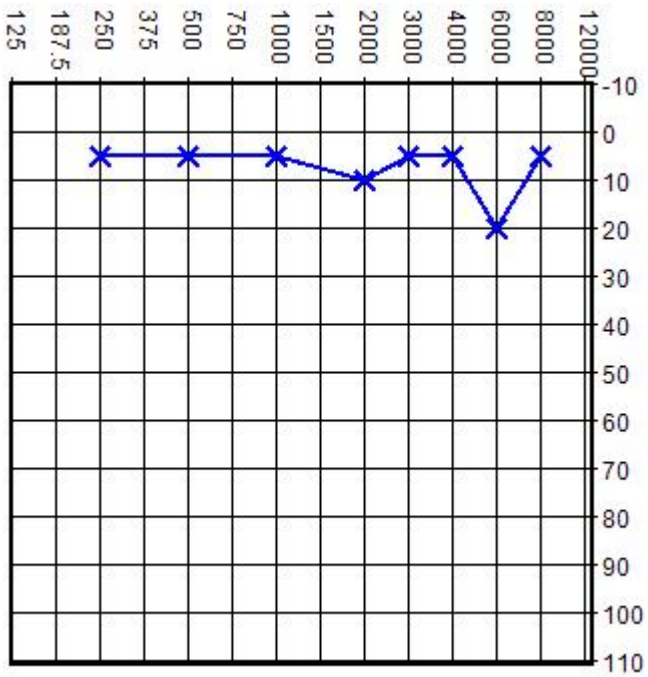
NORMAL

AUDIOGRAMA:

OIDO DERECHO



OIDO IZQUIERDO



	O.D.	O.I.
VIA AEREA	○	X
VIA AEREA MASK	△	□
VIA OSEA	<	>
VIA OSEA MASK	[	]
SIN RESPUESTA	↓	↓

GRADO DE SEVERIDAD	
NOMAL	-10 A 25 dB
LEVE	26 A 40 dB
MODERADA	41 A 55 dB
MODERADA - SEVERA	56 A 70 dB
SEVERA	71 A 90 dB
PROFUNDA	+ 90 dB

	250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000
AEREA								
O.D.	5	5	5	10	5	5	10	15
O.I.	5	5	5	10	5	5	20	5

	CLASIFICACIÓN SAL	CLASIFICACIÓN ELI		LARSEN MODIFICADO
	GRADO	PRESBIACUSIA	GRADO	GRADO
OIDO DERECHO	A	0	A	-
OIDO IZQUIERDO	A		A	-

HISTÓRICO DE AUDIOMETRÍAS:

F. CONSULTA	VÍA

ANÁLISIS COMPARATIVO:

PTA (5123) OD 6,25 OI 6,25

CAMBIO SIGNIFICATIVO	
AUDIOMETRÍA BASE	No

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO:

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

AUDICION NORMAL BILATERAL

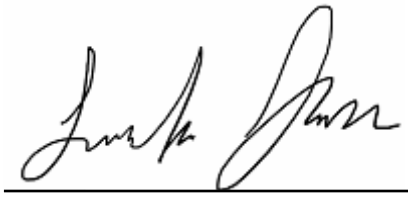
RECOMENDACIONES:

HIGIENE AUDITIVA

CONTROL ANUAL

UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA EN ESPACIOS RUIDOSOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la audiometria. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.
Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.Equals



VANESSA FERNANDA SUAREZ PEDRAZA
Licencia No. 1095948783
NOMBRE Y LICENCIA DEL FONOAUDIOLOGO



FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No. 1152216136