CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista: **Gonzalo Restrepo Rodríguez,** identificado con **C.C. No. 94404229**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2026-000011 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general.

CIIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMANES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACION HEPATITIS B
1855101	Asistencial	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Optometría. Audiometría Glicemia Perfil lipídico	Psicosocial. Osteomuscular	NO

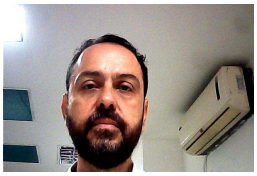
Documentos solicitados por el contratante acatando: "Exámenes Preocupaciones para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia, el **4 de septiembre, 2026**

Cordial saludo



Martha Luz Altamar de los Reyes
Medico Laboral- Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Contratista Dirección Regional
Caquetá



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gonzalo Restrepo Rodriguez	94404229	29550
Empresa:	RED ADELCO	**Fecha Nacimiento:**	03/03/1974
Direccion:	carrera 13 # 10-30 b/juan XXIII		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
70370	Masculino	50	Años	Divorciado(a)	Postgrado	FLORENCIA	13/06/2024 07:25:18

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	CONSULTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE IV		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

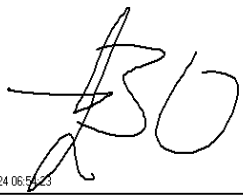
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. CONTINUAR EN MANEJO DE PATOLOGIA DE BASE POR SU EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. 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.

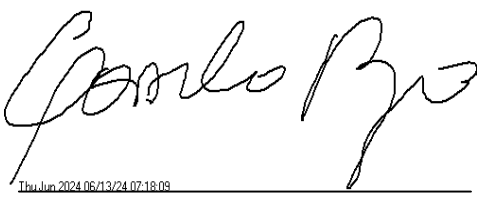


Tue Jun 2024 06/04/24 06:54:23

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019
Medico Especialista SST

13/06/2024 08:09:30

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Thu Jun 2024 06/13/24 07:18:09

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: GONZALO RESTREPO RODRIGUEZ CC 94404229

Fecha: 13/06/2024 07:21:39

SID: Orden Nro. 79055

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**13/06/2024**		
06:45 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
08:00 am	JHONATHAN ORLANDO BARRERA	Medicina Ocupacional	
08:20 am	JANIER ALEXIS MORALES ESQUIV	Audiometria	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
VISIOMETRIA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
	3

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL



CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gonzalo Restrepo Rodriguez	94404229	29550
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	03/03/1974
Direccion:	carrera 13 # 10-30 b/juan XXIII		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
70370	Masculino	50 a	Divorciado(a)	2	Postgrado	FLORENCIA	13/06/2024 07:25:18

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	CONSULTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE IV	Estrato:	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
RED ADELCO	CONSULTOR		☑	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☑		Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐ No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐ No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐ No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐ No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐ No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere		

HTA en manejo , CATETERISMO POR ARRITIMIA, ultimo control con cardiologia en enero 2024 satisfactorio. REFIERE LESION TIPO ESGUINCE RODILLA DERECHA MANEJO CONSERVADOR SIN SECUELAS.

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	○ Si	● No	
FRECUENCIA:		TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: _____

Especifique:

CAMINAR

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	78 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
86 Kgs	170 Cms	29,8 k/m2	70 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
22 x minuto	134/87 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☐ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐	Visual ☐	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico ☐	Cardiovascular ☐	Otros ☐	
	ESPECIFIQUE:			

TIPO DE PROTECCION	CASCO ☐	BOTAS ☐	GUANTES ☐	P. AUDITIVO ☐	P. RESPIRATORIA ☐	P. VISUAL ☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. CONTINUAR EN MANEJO DE PATOLOGIA DE BASE POR SU EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐	



Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019



Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE VISIOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Gonzalo Restrepo Rodriguez **Fecha:** 13/06/2024 12:00:00 AM **SID-VISIO : 38499**

No. Identificacion: 94404229 **Empresa:** PARTICULAR Particular

Edad: 50 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** CONSULTOR Ingreso



Cargo: CONSULTOR Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO

A. Personales Visuales: IRIDECTOMIA A.O AÑO 2019 - INCREMENTO SUBITO PIO. HT

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: (●) Si ( ) No Bifocal: ( ) Si (●) No LDC: ( ) Si (●) No

Tipo de Uso : Lejos Trae Rx: (●) Si ( ) No

Ultimo Examen: 6 MESES Ultimo Diagnostico: PRESBICIA

II. ANAMNESIS

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS.

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH	
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA		
O.D.:	20/20		O.D.:	20/100	0.5M	O.D.:	
O.I:	20/20		O.I:	20/70	0.75M	O.I:	
A.O:	20/20		A.O:	20/70	0.5M	A.O:	

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

COVER TEST: VL: XTA VP: XTA

Motilidad Ocular: ALTERADA PPC: ----

OFTAMOSCOPIA: OD: APARENTEMENTE NORMAL OI: APARENTEMENTE NORMAL

VISION COLOR: OD: Normal OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: Anormal: X

Clasificación **Amétrope Corregido**

Diagnostico ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE, MIOPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, USO DE LENTES PROGRESIVOS, REQUIERE CAMBIO DE CORRECCION OPTICA , USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL EN UN AÑO.

Gloria L. Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Sat Jun 2024 06/01/24

Gonzalo R.

FIRMA DEL PACIENTE
Thu Jun 2024 06/13/24 07:18:09



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gonzalo Restrepo Rodriguez	94404229	29550
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	03/03/1974
Direccion:	carrera 13 # 10-30 b/juan XXIII		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
70370	Masculino	50	Años	Divorciado(a)	Postgrado	FLORENCIA	13/06/2024 07:25:18

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	CONSULTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE IV		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☐	ECTOMORFICO: ☐				
2. POSTURA	NORMAL: ☑	ASIMETRICA: ☐					
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☑	NO: ☐					
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐				
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
6. PALPACION							
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
7. PERCUSION							
EXAMEN FUNCIONAL							
FLEXION							
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐				
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐				
EXTENSION							
INCLINACION LATERAL							
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐				
CUNCLILLAS							
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
ESCOLIOSIS:		SI: ☐	NO: ☑				
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA

FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Tue Jun 2024 06/04/24 06:52:23

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

Thu Jun 2024 06/13/24 07:18:09

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Gonzalo Restrepo Rodriguez **Fecha:** 13/06/2024 **SID-AUDIO : 31435**

No. Identificacion: 94404229 **Empresa:** PARTICULAR Particular

Edad: 50 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** CONSULTOR Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: CONSULTOR
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: instructor
Empresa: particular

Tiempo de Servicio: No Refiere
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: INGRESO
Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 1 AÑO
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar:	Si ○	No ●	Tiro al Blanco:	Si ○	No ●
Moto:	Si ○	No ●	Tejo:	Si ○	No ●
Carro:	Si ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ○	No ●
Avion / Helicoptero:	Si ○	No ●	Discoteca:	Si ○	No ●
Natacion:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual:



III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○	No ●	Diabetes:	Si ○	No ●
Paperas:	Si ○	No ●	Sarampion:	Si ○	No ●
HTA:	Si ○	No ●	Paralisis Facil:	Si ○	No ●
Meningitis:	Si ○	No ●	Cefaleas:	Si ○	No ●
Rubeola:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○	No ●	Otitis:	Si ○	No ●
Otorrea:	Si ○	No ●	Cirugias de Oido:	Si ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○	No ●	Hipoacusia:	Si ○	No ●
Vertigo:	Si ○	No ●	Rinitis:	Si ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○	No ●	Sinusitis:	Si ○	No ●
Infecciones:	Si ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○	No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ○

Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○	No ●
Le produce mal Genio:	Si ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○	No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○	No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

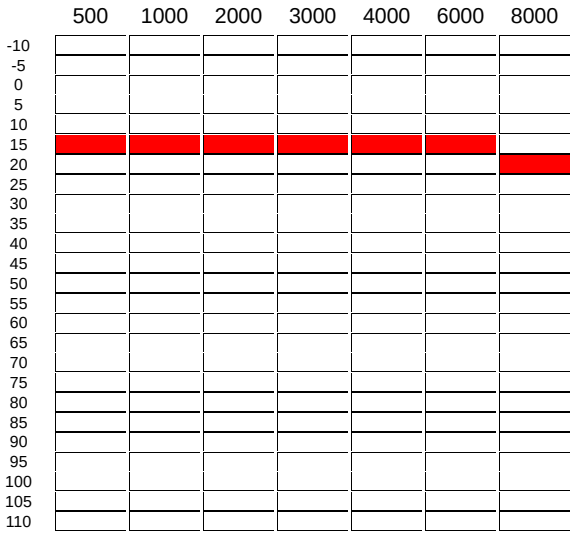
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 6 HORAS



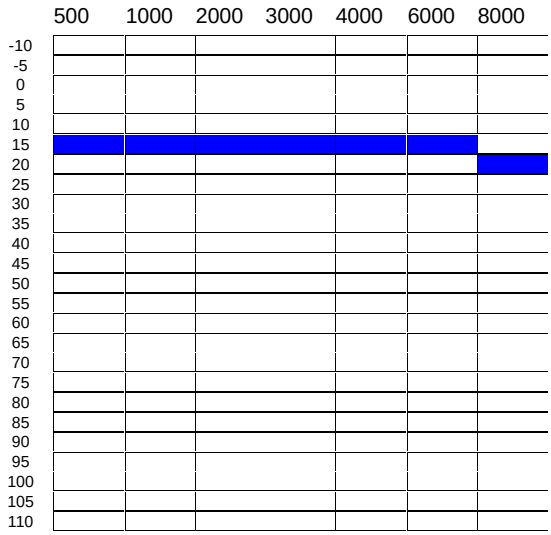
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 07/03/2023 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	15	15	15	15	15	15	15	20	15	dB
Oido Izquierdo	15	15	15	15	15	15	15	20	15	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE1O-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

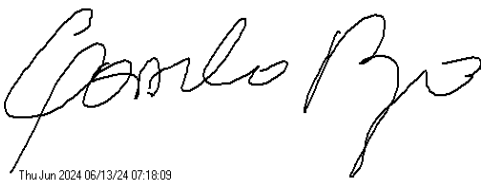
E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVEL / TP 1115949488



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho