



Información General

Fecha impresión: VALLEDUPAR - 2025/01/09 Nro Ingreso: 20250109020132
Paciente: VALENTINA AYALA PADILLA CC: 1065850788
Edad: 25 años Nombre Cliente: PARTICULAR - 1
Género: Femenino Tipo Evaluación: Ingreso
Cargo: CONTRATISTA
Origen: 0 Destino: PARTICULAR - 1
Fecha Atención: 2025-01-09 10:54:30
Sede: PRINCIPAL



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN
ÉNFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periódico Ocupacional ☐ Realización Pruebas Complementarias ☐ Continuar Manejo Médico
☐ Pausas Activas ☒ Uso de E.P.I.
☒ Higiene Postural ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

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. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de MEDICINA INTEGRAL DIAGNOSTICA MID SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico 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.

Angela Maestre

Profesional Ocupacional: Dra. Angela Maestre
Registro M.D: 12947
Licencia S.O: 004999

Valentina Ayala

Firma del Paciente: VALENTINA AYALA PADILLA
Identificación: CC. - 1065850788

Información del Paciente

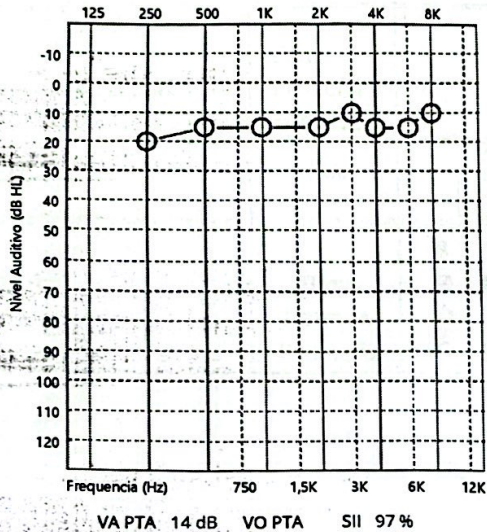
Nombre VALENTINA AYALA PADILLA
 Identificación 1065850788
 Género Femenino
 Fecha de Nacimiento 22/06/1999
 Edad 25 Años
 Fecha 9/01/2025



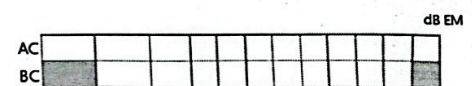
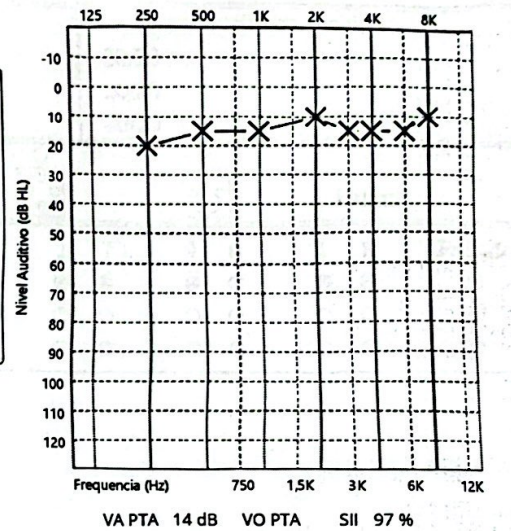
¡ Porque un buen diagnóstico es la base de una buena salud !

TDH50

TDH50



Símbolo clave		
	Derech	Combinad Izquier
VA sin enmascarar	○	×
VA enmascarado	△	□
VO sin enmascarar	<	>
VO Enmascarado	[	]
Campo Sonoro	S	S
Campo sonoro Asistido	A	A
MCL	M	M
UCL	U	U
NR	■	▼



Comments

IMP.DX:

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL
 Control Anual

Examiner

LINDA LUCIA DAZA MENDOZA

License Number 01039

Firmado por:

Firmado en la fecha: 9/01/2025 10:32 a. m.

Carrera 12 No 13C -78 Esquina 2o Piso Edificio Plaza San Miguel TEL. 571 08 91 CEL: 316 454 42 30
www.grupolitoral.com.co E-mail: midsalud@grupolitoral.com.co
 Valledupar, Cesar - Colombia

Apellido : AYALA PADILLANacido el: 22 06 1999 Fecha : 09 01 2025 - 10:36
 Nombre : VALENTINA Edad : 25 Años Corrección : Ninguna
 ID : 1065850788 Sexo : Mujer Examen con corrección : No
 Operador : Comentario : DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL



Agudeza de lejos	Bino Derecha Izquierda	Con corrección		Sin corrección	
				20/20	
				20/30	
				20/20	
Agudeza de cerca	Bino Derecha Izquierda	Con corrección		Sin corrección	
				20/20	
				20/20	
				20/20	
Fusión	Bino				
Colores	Bino Derecha Izquierda	8 1	4 5	6 3	2 7
		9 0	1 8	Fallado	