

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el

|                                                                              |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre de la Empresa</b><br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE              |                                                | <b>Empresa en Misión</b>           |                             |  |
| <b>NIT</b><br>899999034                                                      | <b>Dirección Empresa</b><br>CALLE 104 # 69-120 | <b>Teléfono Empresa</b><br>5760000 | <b>Ciudad</b><br>Medellin   |                                                                                     |
| <b>INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR</b>                                |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>Apellidos y Nombres</b><br>JIMENEZ SIERRA JUAN ESTEBAN                    | <b>Documento de Identidad</b><br>CC 15518211   | <b>Edad</b><br>36 AÑOS             | <b>Género</b><br>MASCULINO  |                                                                                     |
| <b>Lugar de Nacimiento</b><br>Medellin                                       | <b>Lugar de Residencia</b><br>Bello            | <b>Estado Civil</b><br>CASADO (A)  |                             |                                                                                     |
| <b>Teléfono Fijo</b><br>3004864084                                           | <b>Dirección</b><br>TRAPICHE BELLO             | <b>Celular</b><br>3004864084       |                             |                                                                                     |
| <b>Correo Electrónico</b><br>autorizaciones@omnisalud.co                     | <b>Grado de Escolaridad</b><br>PROFESIONAL     | <b>Hemoclasificación</b><br>A+     |                             |                                                                                     |
| <b>IMC</b><br>23.63                                                          | <b>Hijos</b><br>2                              | <b>EPS</b><br>SURA                 |                             |                                                                                     |
| <b>INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b>                             |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>Cargo</b><br>INSTRUCTOR                                                   | <b>Fecha</b><br>2021-01-06                     | <b>Hora Ingreso</b><br>06:20       | <b>Hora Salida</b><br>08:15 |                                                                                     |
| <b>Lugar de realización examen</b><br>Medellin                               |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL</b>                                         |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>Tipo de examen realizado</b><br>DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>Concepto</b><br>CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO    | <b>MOTIVO</b>                                  |                                    |                             |                                                                                     |
| <b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>                                              |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA                      |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA                             |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - OPTOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA                                         |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA                                               |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - EXAMEN FISICO: SE REALIZA                                                  |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA                           |                                                |                                    |                             |                                                                                     |
| - CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA           |                                                |                                    |                             |                                                                                     |



## ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS

## VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)

Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/

## VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)

Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/

Uso De Corrección Óptica Ocasional O Prolongada /

## - MEDICAS PERSONALES

Ninguna/

## CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)

Ninguna/

## CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)

Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/

Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /

Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./

Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaría Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /

## CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./

## OTRAS RECOMENDACIONES

Valoracion Por Medico Y Nutricionista De Eps Por Alteracion Del Perfil Lipidico./

## X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL

Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./

Énfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/



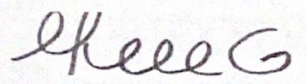
|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR | - TIPO : 1          |
| EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:         | OSTEOMUSCULAR       |
| INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:      | CONSERVACION VISUAL |
| REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:   | MEDICINA GENERAL    |
| ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:      | NO                  |

#### CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumplimiento el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumplimiento con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

  
 MARTHA ELENA GALLEGO ZAPATA  
 CC 43507027  
 MEDICO ESPEQUISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
 LIC. S.O. 059371

GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA  
 43507027  
 R.M.: 5-2812-06

FIRMA DEL TRABAJADOR

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.





|                       |                             |                      |                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Paciente:      | JIMENEZ SIERRA JUAN ESTEBAN | Lugar Residencia:    | Bello (Urbano)                                                                       |
| No. Documento:        | CC 15518211                 | Telefono:            | 3004864084                                                                           |
| Fecha de Nacimiento:  | 09/23/1984                  | Telefono Celular:    | 3004864084                                                                           |
| Edad:                 | 36 AÑOS                     | Correo Electronico:  | autorizaciones@omnisalud.co                                                          |
| Fecha:                | 2021-01-06 06:20            | Estado Civil:        | CASADO (A)                                                                           |
| Lugar de Nacimiento:  | Medellin                    | Ocupación:           | OTRO                                                                                 |
| Direccion Residencia: | TRAPICHE BELLO              | Cliente Aseguradora: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                                                     |
| Genero:               | Masculino                   | Cargo Salud:         |                                                                                      |
| Grado Institución:    | PROFESIONAL                 | Plan:                | PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO |
| Grupo Etnico:         | MESTIZO                     | Pension:             | PROTECCION S.A.                                                                      |
| Tipo Sangre:          | A+                          | Riesgos Laborales:   |                                                                                      |
| Cargo:                | INSTRUCTOR                  | Empresa en Mision:   |                                                                                      |
| Tipo de Admision:     | DE PREINGRESO OCUPACIONAL - | Programa:            |                                                                                      |
| Lugar de realización: | Medellin                    | EPS:                 | Sura                                                                                 |

**OPTOMETRÍA OCUPACIONAL**

**1. ANAMNESIS**

USA CORRECCION OPTICA: SI ; CUAL: GAFAS ; TIPO USO: PERMANENTE ; ÚLTIMO CONTROL VISUAL: 3 MESES  
CIRUGIA OFTALMOLÓGICA: NO ; ACCIDENTES OCULARES: NO ; ENFERMEDADES OCULARES: NO ; EN TRATAMIENTO: NO  
PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: SI CUAL MONOFOCAL; CERCA\_LEJOS OP.: AMBOS.

**2. LENSOMETRÍA**

**OJO DERECHO**

ESFERA: +0.50 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE\_CN: 0 ; TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

**OJO IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

**3. AGUDEZA VISUAL**

**OJO DERECHO**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/20,

**OJO IZQUIERDO**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/25,

**AMBOS OJOS**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/20,

**4. EXAMEN EXTERNO**

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

**5. EXAMEN MOTOR**

**COVER TEST**

LEJOS: ORTOFORIA ; CERCA: ORTOFORIA

**DUCCIONES**

OJO DERECHO: NORMAL ; OJO IZQUIERDO: NORMAL

VERSIONES: NORMAL

**TEST DE HIRSCHBERG**

TEST DE HIRSCHBERG: CENTRADO ; NASAL TEMPORAL: NO APLICA,

**6. ESTADO REFRACTIVO**

RETINOSCOPIA: ESTATICA,

**DERECHO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; AGUDEZA VISUAL: 20/20,

**IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; AGUDEZA VISUAL: 20/20,

**(SUBJETIVO) DERECHO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; ADICION: 0 ; AV LEJOS: 20/20 ; AV CERCA: 20/20

**(SUBJETIVO) IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; ADICION: 0 ; AV LEJOS: 20/20 ; AV CERCA 2: 20/20

**7. OFTALMOSCOPIA**





|                       |                             |                                  |                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Paciente:      | JIMENEZ SIERRA JUAN ESTEBAN | Lugar Residencia:                | Bello (Urbano)                                                                       |
| No. Documento:        | CC 15518211                 | Telefono:                        | 3004864084                                                                           |
| Fecha de Nacimiento:  | 09/23/1984                  | Telefono Celular:                | 3004864084                                                                           |
| Edad:                 | 36 AÑOS                     | Correo Electronico:              | autorizaciones@omnisalud.co                                                          |
| Fecha:                | 2021-01-06 06:20            | Estado Civil:                    | CASADO (A)                                                                           |
| Lugar de Nacimiento:  | Medellin                    | Ocupación:                       | OTRO                                                                                 |
| Direccion Residencia: | TRAPICHE BELLO              | Cliente Aseguradora Cargo Salud: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                                                     |
| Genero:               | Masculino                   | Plan:                            | PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO |
| Grado Institución:    | PROFESIONAL                 | Pension:                         | PROTECCION S.A.                                                                      |
| Grupo Etnico:         | MESTIZO                     | Riesgos Laborales:               |                                                                                      |
| Tipo Sangre:          | A+                          | Empresa en Mision:               |                                                                                      |
| Cargo:                | INSTRUCTOR                  | Programa:                        |                                                                                      |
| Tipo de Admisión:     | DE PREINGRESO OCUPACIONAL - | EPS:                             | Sura                                                                                 |
| Lugar de realización: | Medellin                    |                                  |                                                                                      |

**OPTOMETRÍA OCUPACIONAL**

**1. ANAMNESIS**

USA CORRECCION OPTICA: SI ; CUAL: GAFAS ; TIPO USO: PERMANENTE ; ÚLTIMO CONTROL VISUAL: 3 MESES

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: NO ; ACCIDENTES OCULARES: NO ; ENFERMEDADES OCULARES: NO ; EN TRATAMIENTO: NO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: SI CUAL MONOFOCAL.; CERCA\_LEJOS OP.: AMBOS,

**2. LENSOMETRÍA**

**OJO DERECHO**

ESFERA: +0.50 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE\_CN: 0 ; TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

**OJO IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

**3. AGUDEZA VISUAL**

**OJO DERECHO**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/20,

**OJO IZQUIERDO**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/25,

**AMBOS OJOS**

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; SIN CORRECCION (CERCA): 20/20 ; CON CORRECCION (LEJOS): 20/20 ; CON CORRECCION (CERCA): 20/20,

**4. EXAMEN EXTERNO**

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

**5. EXAMEN MOTOR**

**COVER TEST**

LEJOS: ORTOFORIA ; CERCA: ORTOFORIA

**DUCCIONES**

OJO DERECHO: NORMAL ; OJO IZQUIERDO: NORMAL

VERSIONES: NORMAL

**TEST DE HIRSCHBERG**

TEST DE HIRSCHBERG: CENTRADO ; NASAL TEMPORAL: NO APLICA,

**6. ESTADO REFRACTIVO**

RETINOSCOPIA: ESTATICA,

**DERECHO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; AGUDEZA VISUAL: 20/20,

**IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; AGUDEZA VISUAL: 20/20,

**(SUBJETIVO) DERECHO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; ADICION: 0 ; AV LEJOS: 20/20 ; AV CERCA: 20/20

**(SUBJETIVO) IZQUIERDO**

ESFERA: +0.25 ; CILINDRO: -0.25 ; EJE: 0 ; ADICION: 0 ; AV LEJOS: 20/20 ; AV CERCA 2: 20/20

**7. OFTALMOSCOPIA**



OJO DERECHO: MEDIOS TRANSPARENTES.  
OJO IZQUIERDO: MEDIOS TRANSPARENTES.

8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 60.

9. VISIÓN CROMÁTICA

TEST ISIHARA: NORMAL. ; LAMINAS EVALUADAS: 15. ; CORRECTAS: 15. ; INCORRECTAS: 0. ; >>ITEM PARA TRABAJO EN ALTURAS IDENTIFICA COLORES PRIMARIOS: ES  
OTRO CARGO.

DIAGNÓSTICO

OPTOMETRIA\_DIAGNOSTICO: HIPERMETROPIA (H520) 2021-01-06 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL

CONDUCTA A SEGUIR

CORRECCION OPTICA: SI. ; :: FIJACION PROLONGADA.

REMISION

REMISION: NO.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria Uso de corrección optica ocasional o prolongada

CARMEN EMILIA TRESPALACIOS  
CC 1085165176  
OPTOMETRISTA  
R.M. 3384 C/1800

1051-211 2

LARA TRESPALACIOS CARMEN EMILIA

CC 1085165176

12103

FIRMA DEL TRABAJADOR

Fecha y hora de impresión: 2021/01/06 08:17

Página 2 de 2



SEDE: MEDELLIN-CENTRO MEDICINA  
PACIENTE: JIMENEZ SIERRA JUAN ESTEBAN  
EDAD: 36 AÑOS SEXO: M IDENTIFICACION: CC 15518211  
TELEFONOS: 3004864084

ORDEN No.: 920440  
FECHA: 2021-01-06 08:12 AM  
REMITENTE:

EMPRESA: PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO

**Análisis**

**Resultado**

**Valores de Referencia**

**QUÍMICA CLÍNICA**

**GLICEMIA**

**ANÁLISIS**

GLUCOSA EN SUERO

90 mg/dl

70-110mg/dL

Nota: NA

**PERFIL LIPIDICO**

**NIVELES DE LOS LÍPIDOS EN SANGRE**

ASPECTO DEL SUERO

TRANSPARENTE

COLESTEROL TOTAL

267 mg/dl

Valores de referencia tomados de ATP III.  
Deseable <200  
Límite superior 200-239  
Alto >240

TRIGLICÉRIDOS

190 mg/dl

Valores de referencia tomados de ATP III  
Normal: menor 150  
Límite alto: 150-199  
Alto: 200-499  
Muy alto: mayor 500

LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL

48.0 mg/dl

Valores de referencia tomados de ATP III  
Bajo: menor a 40  
Normal: 41-59  
Deseable: Mayor o igual a 60

LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL

181 mg/dl

Valores de referencia tomados de ATP III  
Óptimo: menor a 100  
Cercano a lo óptimo: 100-129  
Límite superior: 130-159  
Alto: 160-189  
Muy alto: Mayor o igual 190

LIPOPROTEÍNAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL

38 mg/dl

Normal: 12-40

ÍNDICE ARTERIAL

5.56

1.0—5.0

Cindy Agudelo O.  
CC.1036652040

Bacteriólogo

AGUDELO OSORIO CINDY JOHANA





|                       |                             |                      |                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Paciente:      | JIMENEZ SIERRA JUAN ESTEBAN | Lugar Residencia:    | Bello (Urbano)                                                                       |
| No. Documento:        | CC 15518211                 | Telefono:            | 3004864084                                                                           |
| Fecha de Nacimiento:  | 09/23/1984                  | Telefono Celular:    | 3004864084                                                                           |
| Edad:                 | 36 AÑOS                     | Correo Electronico:  | autorizaciones@omnisalud.co                                                          |
| Fecha:                | 2021-01-06 06:20            | Estado Civil:        | CASADO (A)                                                                           |
| Lugar de Nacimiento:  | Medellin                    | Ocupación:           | OTRO                                                                                 |
| Dirección Residencia: | TRAPICHE BELLO              | Cliente Aseguradora: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                                                     |
| Genero:               | Masculino                   | Cargo Salud:         |                                                                                      |
| Grupo Etnico:         | MESTIZO                     | Plan:                | PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO |
| Grado Institución:    | PROFESIONAL                 | Pension:             | PROTECCION S.A.                                                                      |
| Tipo Sangre:          | A+                          | Riesgos Laborales:   |                                                                                      |
| Cargo:                | INSTRUCTOR                  | Empresa en Mision:   |                                                                                      |
| Tipo de Admisión:     | DE PREINGRESO OCUPACIONAL - | Programa:            |                                                                                      |
| Lugar de realización: | Medellin                    | EPS:                 | Sura                                                                                 |

**AUDIOMETRIA**

**ANTECEDENTES**

MENINGITIS: NO ; ACUFENOS: NO ; SARAMPION: NO  
EXPOSICION A EXPLOSIONES: NO ; ALERGIAS RESPIRATORIAS: NO ; VERTIGO: NO  
CIRUGIA DE OIDO: NO ; PAROTIDITIS: NO ; OTITIS: NO  
OTALGIA: NO ; RUBEOLO: NO ; AMIGDALECTOMIA: NO  
DROGAS OTOTOXICAS: NO ; SORDERA FAMILIAR: NO ; TUBERCULOSIS: NO  
TRAUMA CRANEOENCEFALICO: SI ; HIPERTENSION: NO ; VARICELA: NO  
TRAUMA ACUSTICO: NO ; DIABETES: NO ; PARALISIS FACIAL: NO  
OBSERVACIONES: TEC POR MINUTOS EN EL AÑO 2010.

**EXPOSICION A RUIDO NO INDUSTRIAL:**

TRABAJO CON MAQUINARIA: NO ; MUSICA AUDIFONOS: SI  
TEJO: NO ; CAZA: NO  
USA MOTO: NO ; SERVICIO MILITAR: NO  
DISCOTECA: NO ; ESPECTACULOS RUIDOSOS: NO ; OTROS: NO  
OBSERVACIONES: AUDIFONO OCASIONAL.

**OTOSCOPIA:**

PABELLON AURICULAR OD: NORMAL, ; PABELLON AURICULAR OI: NORMAL,  
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD: Normal, ; CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI: Normal,  
TAPON DE CERUMEN OD: NO ; TAPON DE CERUMEN OI: NO  
MEMBRANA TIMPANICA OD: NO ; MEMBRANA TIMPANICA OI: NO  
OBSERVACIONES: NORMAL

**HISTORIA OCUPACIONAL:**

PROTECCION AUDITIVA 1: NO  
PROTECCION AUDITIVA 2: NO  
OBSERVACIONES: NO REFIERE EXPOSICIÓN A RUIDO INDUSTRIAL

**CLASIFICACIÓN LARSEN:**

Larsen OD: NO APLICA: SI, ; Larsen OI: NO APLICA: SI,

**RESULTADO**

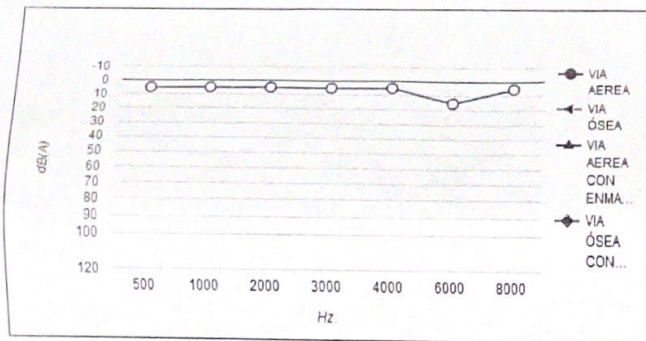
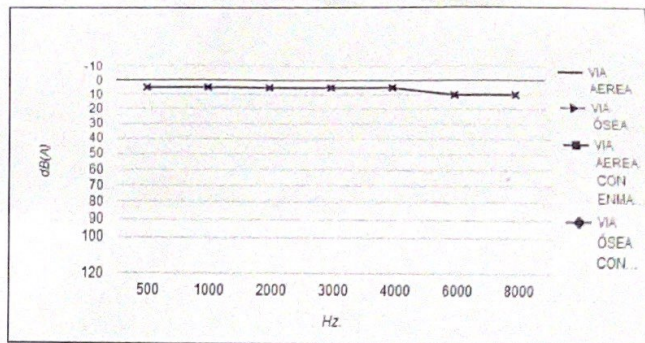
AUDICION NORMAL EN AMBOS OIDOS AL MOMENTO DEL EXAMEN,

**RECOMENDACIONES**

- Su capacidad auditiva es adecuada para su ocupación cumpliendo a los Programas



| DIAGNÓSTICOS                |                                         |      |      |      |      |      |      |                               |               |      |              |           |      |      |      |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------------------------------|---------------|------|--------------|-----------|------|------|------|--|--|
| Diagnóstico:                | (2011) EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICION |      |      |      |      |      |      |                               |               |      | Lateralidad: | BILATERAL |      |      |      |  |  |
|                             | 500                                     | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |                               | 500           | 1000 | 2000         | 3000      | 4000 | 6000 | 8000 |  |  |
| VIA AEREA                   | 5                                       | 5    | 5    | 5    | 5    | 15   | 5    | VIA AEREA                     | 5             | 5    | 5            | 5         | 5    | 10   | 10   |  |  |
| VIA ÓSEA                    |                                         |      |      |      |      |      |      | VIA ÓSEA                      |               |      |              |           |      |      |      |  |  |
| VIA AEREA CON               |                                         |      |      |      |      |      |      | VIA AEREA CON                 |               |      |              |           |      |      |      |  |  |
| VIA ÓSEA CON                |                                         |      |      |      |      |      |      | VIA ÓSEA CON                  |               |      |              |           |      |      |      |  |  |
| Factor de Presbiacusia:     | 8                                       |      |      |      |      |      |      | Factor de Presbiacusia:       | 8             |      |              |           |      |      |      |  |  |
| Promedio Tonal Auditivo OD: | 5.0                                     |      |      |      |      |      |      | Promedio Tonal Auditivo OI:   | 5.0           |      |              |           |      |      |      |  |  |
| Escala E.L.I. Oído Derecho: | A (EXCELENTE)                           |      |      |      |      |      |      | Escala E.L.I. Oído Izquierdo: | A (EXCELENTE) |      |              |           |      |      |      |  |  |
| Gatiso Oído Derecho:        | 5.00                                    |      |      |      |      |      |      | Gatiso Oído Izquierdo:        | 5.00          |      |              |           |      |      |      |  |  |
| SAL:                        | N                                       |      |      |      |      |      |      | SAL:                          | N             |      |              |           |      |      |      |  |  |



*Luz Henel*

**Luz Henelida Marin H.**  
Fonoaudióloga  
Reg: 5-0821-94  
Especialista en S.S.T  
Reg: 7309-16

MARIN HOYOS LUZ HENELDA  
CC 42840815  
5-0821-94

1051-211

FIRMA DEL TRABAJADOR

