

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA



CRC MEDICAR FD SAS (SOCIEDAD)

NIT: 900836622

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

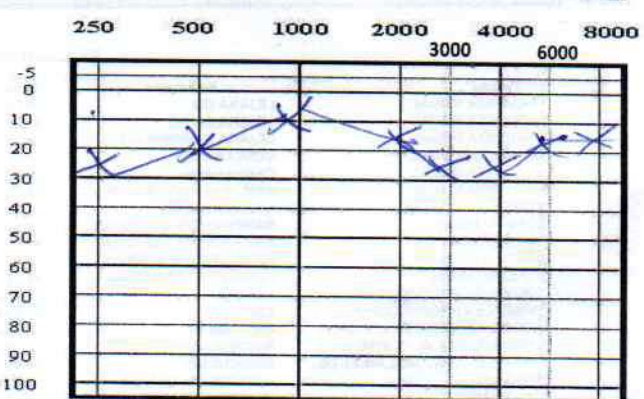
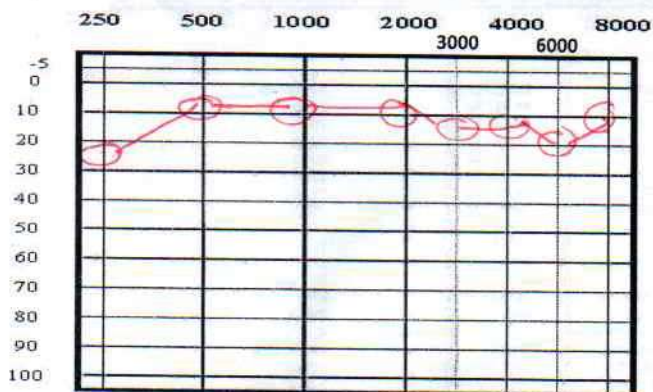
CRC MEDICAR FD SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CARRERA 10 A 6 20 ZIPAQUIRA
TELEFONO:	3106972697
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 15-CEP-026
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

NOMBRES Y APELLIDOS: Hardy Rocio Gomez Gomez
 TIPO DE DOCUMENTO: CC NUMERO: 35122392 EDAD: 46

O.D.

O.I.



Pabellon Auricular

	OD	OI
Normal	X	X
Agnesia		
Atresia		
Otro		

Conducto A.E.

	OD	OI
Normal	X	X
T. parcial de C		
T total de C		
Otro		

Membrana Timpánica

	OD	OI
Normal	X	X
Perforada		
Opaca		
Hiperemica		
No se visualiza		
Otros		

Sensibilidad auditiva percibida dentro de parámetros de normalidad bilateral

Dña. Iveth Maritza Pinzón A.
Fonoaudióloga
Reg. 96001 TL
IVETH MARITZA PINZON ACOSTA
FONOAUDIOLOGA

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

DIRECCION:	CARRERA 10 A 6 20 ZIPAQUIRA
TELEFONO:	3106972697
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 15-CEP-026
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
CODIGO ACREDITACION:	ONAC

INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-20
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-20
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-20
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	315
TIPO DE SANGRE Y RH:	A+
NOMBRES: HEIDY ROCIO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	35422392
FECHA DE NACIMIENTO:	1978-08-09
SEXO:	F
RESIDENCIA:	
TELEFONO DOMICILIO:	3046235115
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: GOMEZ GOMEZ		NOMBRES: HEIDY ROCIO	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC	NUMERO DE DOCUMENTO:	35422392
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	FECHA DE NACIMIENTO:	1978-08-09
EDAD:	46	SEXO:	F
OCUPACION:	INDEPENDIENTE	RESIDENCIA:	CAJICA
DOMICILIO: CALLE 11A SUR 5B-40		TELEFONO DOMICILIO:	3046235115
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:		TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:		TIPO DE VINCULACION:	

Prueba	Parametro	Rango grupo1	Rango grupo2	Resultado
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/30
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	>= 120	>= 70	170
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	>= 120	>= 70	70
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	>= 70	>= 70	170
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	>= 70	>= 70	70
VISION EN PROFUNDIDAD	LEJANA	75 Seg. 60%	40 Seg. 80%	85%
VISION EN PROFUNDIDAD	CERCANA	75 Seg. 60%	40 Seg. 80%	85%
DISCRIMINACION DE COLORES	BINOCULAR	>= Cuatro Numeros	>= Cuatro Numeros	4
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	<= 40% o 20/40	<= 40% o 20/40	20/25 - 20%
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	<= 5 Segundos	<= 5 Segundos	00Seg
PHORIAS	HORIZONTAL LEJANA	>= 1.5 y <= 6.5	>= 1.5 y <= 6.5	3.5
PHORIAS	VERTICAL LEJANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	3.5
PHORIAS	HORIZONTAL CERCANA	>= 2.5 y <= 7.5	>= 2.5 y <= 7.5	4.0
PHORIAS	VERTICAL CERCANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	4.0
RECUPERACION ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	<= 3 Lineas	<= 3 Lineas	1 Linea

- | | |
|---|----|
| -Presenta la evaluación con lentes correctores? | SI |
| -Presenta Cirugía refractiva diferente a afaxia? | NO |
| -Tiene vision monocular? | NO |
| -Presenta Escotomas relativos significativos en la sensibilidad retiniana | NO |
| -Presenta Escotomas absolutos en puntos correspondientes de ambos ojos | NO |
| -El aspirante presenta en el campo central Escotomas absolutos | NO |
| -Presenta alteraciones en la capacidad de recuperacion al deslumbramiento | NO |
| -El aspirante presenta alteraciones de la vision mesopica | NO |
| -El aspirante presenta su funcion de sensibilidad al contraste normal | NO |
| -El aspirante presenta ptosis que afecten su vision? | NO |
| -El aspirante presenta lagofthalmias que afecten su vision? | NO |
| -El aspirante presenta diplopia? | NO |
| -Presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual? | NO |
| -Presenta nistagmus que pueda originar fatiga visual durante la conduccion? | NO |
| -El aspirante presenta otros defectos de la vision binocular? | NO |
| -El aspirante presenta estrabismos? | NO |
| -Enfermedades progresivas que no le permiten alcanzar los niveles fijados? | NO |
| -El aspirante presenta policromacia normal? | SI |
| -Presenta reducciones significativas en alguno de sus meridianos? | NO |
| -Presenta motilidad del globo ocular congenito? | NO |
| -El aspirante presenta fatiga visual? | NO |
| -El aspirante presenta afaxias o pseudoafaxias? | NO |

CUMPLE CON LA RESTRICCION 01 DEL ANEXO I DE LA RESOLUCION 0217 DE 2014 Y LA RESOLUCION 20223040030355 DE 2022

Professional
RM:

1981 de Jirahel



CRC MEDICAR FD SAS (SOCIEDAD)

NIT: 900836622

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC MEDICAR FD SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CARRERA 10 A 6 20 ZIPAQUIRA
TELEFONO:	3106972697
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 15-CEP-026
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION:	2025-03-20
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-20
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-20
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	315
TIPO DE SANGRE Y RH:	A+
NOMBRES: HEIDY ROCIO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	35422392
FECHA DE NACIMIENTO:	1978-08-09
SEXO:	F
RESIDENCIA:	CAJICA
TELEFONO DOMICILIO:	3046235115
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: GOMEZ GOMEZ	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	46
OCCUPACION:	INDEPENDIENTE
DOMICILIO: CALLE 11A SUR 5B-40	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

EVALUACION MOTRIZ

Prueba	Parametro	Rango de Aprobacion	Resultado
Atencion Concentrada y Resistencia A la Monotonia	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Numero de Errores	Max 720 MS Max 9 ERRORES	0,57 1 Errores
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Numero de Errores	Max 1150 MS Max 7 ERRORES	0,38 0 Errores
Coordinacion Bimanual	Tiempo Total de Error(TTE) Numero de Errores	Max 19930 MS Max 15 ERRORES	0 0 Errores
Reaccion al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccion	Max 730 MS	0,44
Velocidad de Anticipacion	Distancia Media de Desviacion	Max 780 MS	0,51

Observaciones

INTELIGENCIA

APTO de 15, CI: 98

SUSTANCIAS NIEGA de 21

PERSONALIDAD

APTO de 27

Valoracion Psicologica

CUMPLE CON EL ANEXO I DE LA RESOLUCION 0217 DE 2014 Y LA RESOLUCION 20223040030355 DE 2022

Elvia Milena Casas

Firma Profesional

RM: 1075661775



CRC MEDICAR FD SAS (SOCIEDAD)

NIT: 900836622

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC MEDICAR FD SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CARRERA 10 A 6 20 ZIPAQUIRA
TELEFONO:	3106972697
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 15-CEP-026
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-20
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-20
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-20
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	315
TIPO DE SANGRE Y RH:	A+
NOMBRES: HEIDY ROCIO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	35422392
FECHA DE NACIMIENTO:	1978-08-09
SEXO:	F
RESIDENCIA:	CAJICA
TELEFONO DOMICILIO:	3046235115
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: GOMEZ GOMEZ	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	46
OCUPACION:	INDEPENDIENTE
DOMICILIO: CALLE 11A SUR 5B-40	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

EVALUACION MEDICA

1. Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?
2. alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable?
3. Si la pregunta anterior fue positiva, ha sido sometido a cirugía de revascularización?
4. Tiene marcapasos, desfibrilador automático o prótesis valvulares?
5. Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca o cardiopatía?
6. Sufre de alteraciones del ritmo cardíaco?
7. Le han diagnosticado aneurismas?
8. Sufre de enfermedades vasculares periféricas?
9. Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve?
10. Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?
11. Sufre de somnolencia diurna?
12. Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales?
13. Ha sido sometido o esa en lista de espera para un trasplante renal?
14. Se le ha diagnosticado nefropatía de qué tipo?
15. Sufre de insuficiencia renal? crónica o aguda?
16. Sufre de edema de miembros inferiores?
17. Le han diagnosticado diabetes mellitus? qué tipo?
18. Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia?
19. Sufre de hiper o hipo tiroidismo?
20. Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?
21. Le han diagnosticado enfermedades como: síndrome de cushing, feocromocitoma o enfermedad de addison?
22. Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia? causa?
23. Ha sufrido algún trastorno hematológico?
24. Sufre de enfermedades como policitemia vera, anemias, trombocitopenia o leucopenia?
25. Tiene trastornos de la coagulación? toma tratamiento anticoagulante?
26. Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad?
27. Es su talla, inconveniente para la conducción?
28. Posee algún trastorno o patología muscular?
29. Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?
30. Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico?
31. Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios o recurrentes?
32. Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales?
33. Ha sufrido de enfermedades infecciosas?
34. Sufre o ha sufrido de alergias? a qué?
35. Esta en tratamiento farmacológico actualmente? con cual?

Estatura: 164 Peso: 85 TA: 120/80 FC: 72 FR: 18

OBSERVACIONES

CUMPLE CON EL ANEXO I DE LA RESOLUCION 0217 DE 2014 Y LA RESOLUCION 20223040030355 DE 2022 SE LE RECOMIENDA CAMINAR, EJERCICIO Y DIETA BAJA EN SAL Y GRASAS POR EL PE

Firma Profesional

RM:

1246992/81114