



Fecha Impresión: 2023-04-18

Ciudad • Sede

TRANSPORTES
MULTIMODAL GROUP S.A.S
Cali

CENDIATRA CALI LA FLORA



Cendiatra

BRAZO
CODO
ANTEBRAZO
MANO
DEDOS
CADERAS
RODILLAS
MIEMBROS INFERIORES
CUELLO DE PIE
PIE
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS
FUERZA
OBSERVACIONES

DOMINANCIA
PHALEN
TINNEL
FINKELSTEIN
LASEQUE
HAWKINS
JOBS
MILLS
COZEN

PHALEN
TINNEL
FINKELSTEIN
LASEQUE
HAWKINS
JOBS
MILLS
COZEN

DIAGNOSTICO 1
DIAGNOSTICO 2
DIAGNOSTICO 3
DIAGNOSTICO 4
DIAGNOSTICO 5

FORMATO MANUAL

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención: 2023-04-18

Fecha Impresión: 2023-04-18

NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

DERECHA
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO

PRUEBA IZQUIERDA

NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

Z100: Examen de salud ocupacional

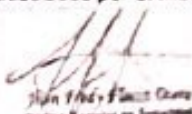
HISTORIA MANUAL

NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paradinámicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante.

Consentimiento Informado del Trabajador:

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud.


Jhon Fredy Florez Otero
Médico Ocupacional
C.C. 1005934537

JHON FREDY FLOREZ OTERO
RM: 16835199
Firma y sello del médico evaluador


Edward Arley Rubio Duran

EDWARD ARLEY RUBIO DURAN
Documento: CC 1005934537
Firma del trabajador

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA CALI LA FLORA
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 38 Norte 5N - 20
cita.cali2@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-04-18

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWARD ARLEY RUBIO DURAN			Identificación CC	Nro 1005934537
Fecha de Nacimiento	1993-11-03	Edad	29	Sexo	M
Empresa	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S				
Cargo	CONDUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-04-18 11:08:03	Fecha Salida	2023-04-18 11:08:17		

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	NIEGA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

OJO DERECHO	20/20	NORMAL SIN CORRECCION
OJO IZQUIERDO	20/20	NORMAL SIN CORRECCION
VISION CROMATICA	NORMAL	NORMAL SIN CORRECCION
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

OJO DERECHO	0.50 cm	NORMAL SIN CORRECCION
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	NORMAL SIN CORRECCION
FORIA LATERAL	NORMAL	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión
---------------	-------------------------------------

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL
-----------------	---------------

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclinicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

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



VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2023/04/18
www.cendiatra.com

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico 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.

Edward A. Rubio

M.E. C.B.
RM: 1

EDWARD ARLEY RUBIO DURAN
CC 1005934537

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA CALI LA FLORA
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 38 Norte 5A - 20
cta.cali2@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-04-18

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos	EDWARD ARLEY RUBIO DURAN			Identificación CC	Nro: 1005934537
Fecha de Nacimiento	1993-11-03	Edad	29	Sexo	M
Empresa	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S				
Cargo	CONDUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-04-18 11:05:25	Fecha Salida	2023-04-18 11:12:06		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIDONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	0
DESCRIPCION	VEHICULO LIVIANO - TRANSPORTE DE PERSONAL
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO

NORMAL 24 DB	BIATERAL
--------------	----------

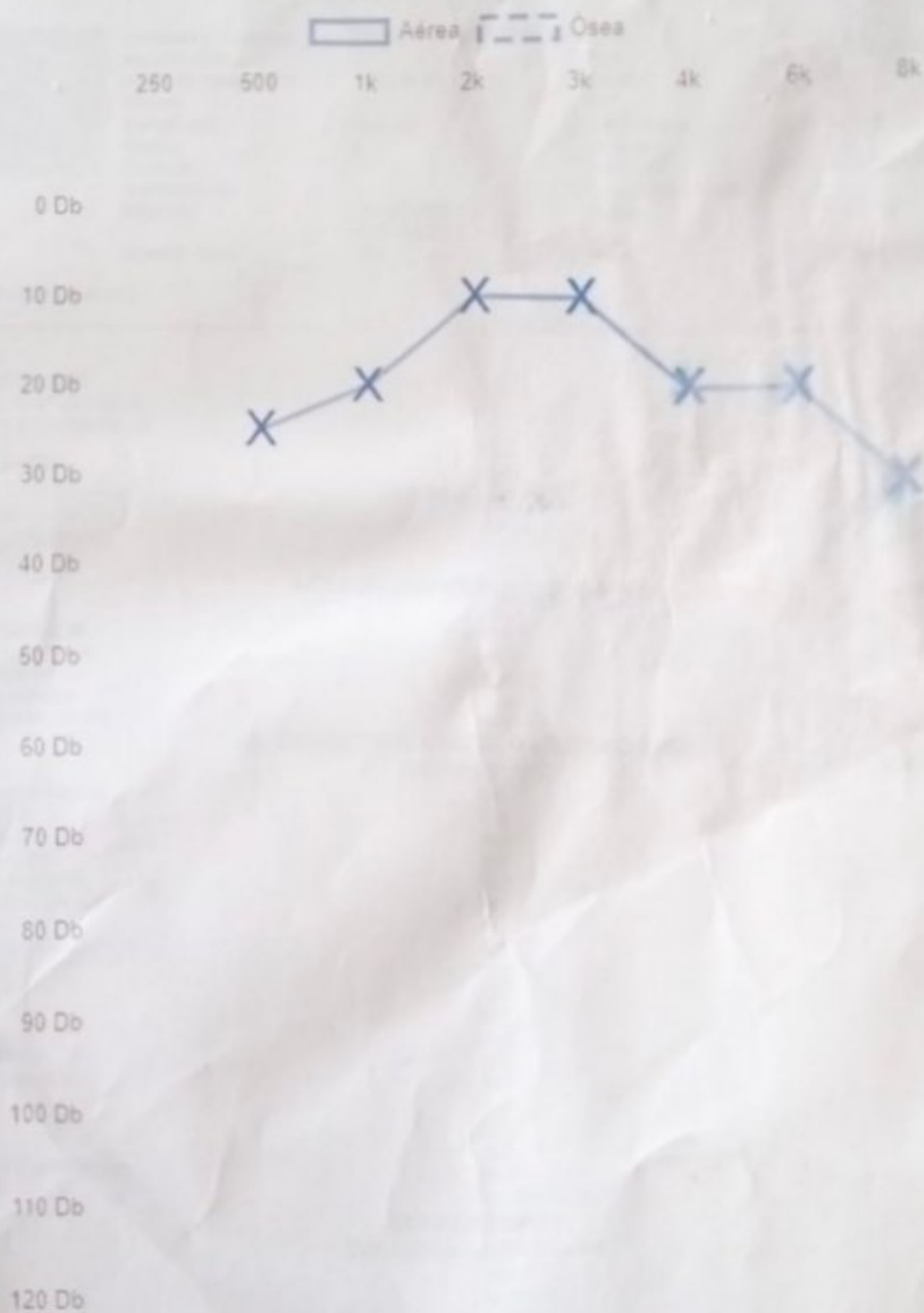
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	ANUAL
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR GRL	NO	
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



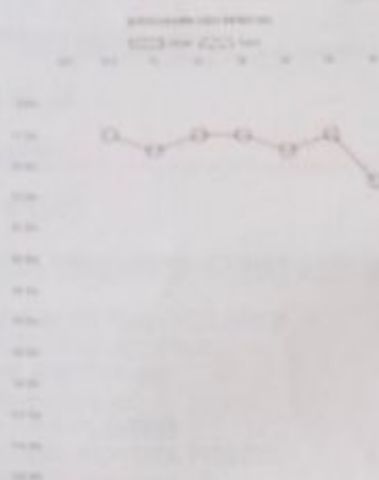
AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL

NO



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				10			15			10			10			15			10			25		
OI				25			20			10			10			20			20			30		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	0
DESCRIPCION	VEHICULO LIVIANO - TRANSPORTE DE PERSONAL
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K) 12.5
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K) 15

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA	NO	
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA		
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
COMPLEMENTARIOS		

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclinicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

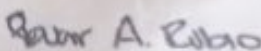
Consentimiento Informado del Trabajador:

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico 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.



Yesmar Esquivel Ardeola Buitrago
Otorrinolaringólogo - Especialista en ENT
C.C. No. 14507000
Reg. No. 14507000 - Lic. No. 14507000

YESMAR ESQUIVEL ARDEOLA BUITRAGO
RM: 14287966
Firma y sello del médico evaluador



EDWARD ARLEY RUBIO DURAN
CC 1008934537
Firma del trabajador evaluado



EVALUACIÓN PSICOSENSOMÉTRICA Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 120.
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA CALI LA FLORA
7443001

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 38 Norte 5N - 20
cila cali2@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-04-18

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	EDWARD ARLEY RUBIO DURAN	Identificación CC	Nro 1005934537
Fecha de Nacimiento	1993-11-03	Edad	29
Sexo	M		
Empresa	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S		
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2023-04-18 11:34:04	Fecha Salida	2023-04-18 11:34:08

ESTADO

ESTADO
ESTADO

APROBADO

Manuel E. Montaña C.
Psicólogo Clínico, Salud Comunitaria
C.C. 4745 205 713 843 999999
84399-9999

MANUEL ESTEBAN MONTAÑA CARDEÑO

RM: 113195429

Analista y concepto Social

EDWARD ARLEY RUBIO DURAN

CC 1005934537

Firma del trabajador

Cualquier inquietud adicional por favor comunicarse con la Gerencia Operativa Tel: (1) 7443001 Ext. 1116