

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	No. Documento	29663462
Identificación	CC	Edad	41 años 10 meses 28 días
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	Empresa	PARTICULAR/CALI
Sexo	F	Sede	CENDIATRA CALI
Fecha toma	2021-11-05 11:30:00		

DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)

TITULO
RESULTADO

RESULTADO

COCAINA EN ORINA NEGATIVO
(Cromatografía)

VALOR DE REFERENCIA:

Determinación cualitativa, detecta valores superiores a 300 ng/ml.

Método: Prueba inmunológica de Tamizaje.

MARIHUANA EN ORINA NEGATIVO
(Cromatografía)

VALOR DE REFERENCIA:

Determinación cualitativa, detecta valores superiores a 50 ng/ml.

Método: Prueba inmunológica de Tamizaje

ANALISIS

NORMAL

UNIDAD DE MEDIDA

VALOR DE REFERENCIA


Iliana Margarita Ripoll
1044800989
Firma y sello del médico evaluador

ILIANA MARGARITA RIPOLL

1044800989

Firma y sello del médico evaluador

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE
INGRESO**

Dirrección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

DE
FONO

CENDIATRA CALI
3827 337 - 3809 956

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles
cali@cendiatra.com

CHA DE EXAMEN

2021-11-05

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	Identificación CC	Nro 29663462
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	Edad	41
Empresa	PARTICULAR/CALI	Sexo	F
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2021-11-05 11:45:07	Fecha Salida	2021-11-05 12:27:55

EXAMENES REALIZADOS

UDIOMETRIA TAMIZ

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ESPIROMETRIA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VIOMETRIA

DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones:

HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

RECOMENDACIONES

OTRAS:

NO PRESENTA

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

OTROS

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

OLGA LUCIA MORENO RESTREPO.

RM: 29108983

Firma y sello del médico

FRANCY LENY ALARCON OPANCE

CC 29663462

Firma del trabajador

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 paraclínicas 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 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.



Carol Zuleidy Grueso Hurtado
Fisioterapeuta
Especialista en Gerencia de la SST
Lic. Res. 1220-54#0114-04-2

CAROL ZULEIDY GRUESO HURTADO
RM: 1144179142
Firma y sello del médico



FRANCY LENY ALARCON OPANCE
CC 29663462
Firma del trabajador



HISTORIA CLINICA ESPIROMETRIA

Fecha de impresión: 2021/11/05
www.cendiatra.com

SEDE CENDIATRA CALI DIRECCIÓN Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles
TELÉFONO 3827 337 - 3809 956 EMAIL cali@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN 2021-11-05 TIPO DE EXAMEN PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos FRANCY LENY ALARCON OPANCE Identificación CC Nro 29663462
Fecha de Nacimiento 1979-12-08 Edad 41 Sexo F
Empresa PARTICULAR/CALI
Cargo CONDUCTOR
Fecha Ingreso 2021-11-05 12:09:56 Fecha Salida 2021-11-05 12:10:04

TIPO EXAMEN

DATOS EMPRESA

TIEMPO EN LA EMPRESA INGRESO

DATOS PACIENTE

PESO (KG) 79
TALLA (CM) 173

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS NO
EXPOSICION A POLVO NO
FUMA ACTUALMENTE NO
ESPIROMETRIAS ANTERIORES NO APLICA

OCUPACION ACTUAL

EXPOSICION A CONTAMINANTES? NO
UTILIZA ELEMENTOS DE PROTECCION NO
PERSONAL?
PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? NO
PRESENTA TOS? NO

EVALUACION DE LA PRUEBA

FEV 1
MEAS-OBS 3.31
(%) 91
FEV C
MEAS-OBS 2.87
(%) 95
FEV 1 FEVC
MEAS-OBS 8.26
(%) 95

DIAGNOSTICOS

IMPRESION DIAGNOSTICA CURVA DE FLUJO NORMAL SIN COMPLICACION

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES CONTROL ANUAL

VISIONOMETRIA

Fecha de Impresión: 2021/11/05

www.cendiatra.com

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.



M.E. C.B.

RM: 1

FRANCY LENY ALARCON OPANCE

CC 29663462

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA CALI
3827 337 - 3809 956

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles
cali@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2021-11-05

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	Identificación CC	Nro 29663462
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	Edad	41
Empresa	PARTICULAR/CALI	Sexo	F
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2021-11-05 12:01:43	Fecha Salida	2021-11-05 12:01:55

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	PACIENTE REFIERE QUE USA GAFAS POR MIOPIA Y ASTIGMATISMO
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	MIOPIA Y ASTIGMATISMO
ANTENEDENTES FAMILIARES	PADRES USAN GAFAS

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

OJO DERECHO	20/20	NORMAL CON CORRECCION
OJO IZQUIERDO	20/20	NORMAL CON CORRECCION
ESTEREOPSIS " SEG.	20	
VISION CROMATICA	NORMAL	NORMAL SIN CORRECCION
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

OJO DERECHO	0.75 cm	NORMAL SIN CORRECCION
OJO IZQUIERDO	0.75 cm	NORMAL SIN CORRECCION
FORIA LATERAL	NORMAL	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z101: 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

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2021-11-05

Fecha impresión :
2021-11-05

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

NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

DERECHA
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO

PRUEBA IZQUIERDA

NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO
NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

Z100: Examen de salud ocupacional

DIAGNOSTICO 1
DIAGNOSTICO 2
DIAGNOSTICO 3
DIAGNOSTICO 4
DIAGNOSTICO 5

HISTORIA MANUAL

NO


FORMATO MANUAL

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas 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 medico sobre aspectos de mi estado de salud.



OLGA LUCIA. MORENO RESTREPO.
RM: 29108983
Firma y sello del médico evaluador

FRANCY LENY ALARCON OPANCE
Documento: CC 29663462
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	Nro	29663462
Identificación	CC	Edad	41
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	RH	O +
Genero	F	Escolaridad	Bachiller
Estado civil	Otro	Ciudad	Palmira
Estrato	2	Telefono	3163082478
Direccion	direccion	Tel_Acompañante	
Acompañante		Cargo	CONDUCTOR
Empresa	PARTICULAR/CALI	Sede	CENDIATRA CALI
Ciudad - Sede	Cali		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION
OCUPACION
LUGAR DE RESIDENCIA
NOMBRE DEL RESPONSABLE
TELEFONO DE RESPONSABLE
PARENTESCO
TIPO VINCULACION

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
ACTIVIDAD ECONOMICA
CARGO

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

POSTURA
USO DE VIDEOJUEGOS
USO DE INSTRUMENTOS
PRACTICAR DEPORTE
ACTIVIDADES HOGAR
ACTIVIDADES MANUALES

NO
NO
NO
NO
NO
NO

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR ESPECIFICOS

ARTRITIS REUMATOIDEA
OSTEOARTRITIS
AMPUTACIONES
LESIONES MUSCULARES
MIGRAÑAS ARTRITIS
LIMITACION FUNCIONAL
SINDROME TUNEL CARPO
LESIONES DE LA COLUMNA
CERVICALGIA
LUMBALGIA
GARTROALGIAS
TENDINITIS
RADICULOPATIAS
TENDINITIS BURSITIS
ESGUINCES
FRACTURAS
DORSALGIA
PARESTESIAS DISESTESIAS
DESCRIPCION

NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO

EXAMEN FISICO COLUMNA INSPECCION

POSTURA
ALINEACION
SINUSMETRIA
SINUSCOLIOSIS

NORMAL
NORMAL
NORMAL
NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

OBSERVACIONES

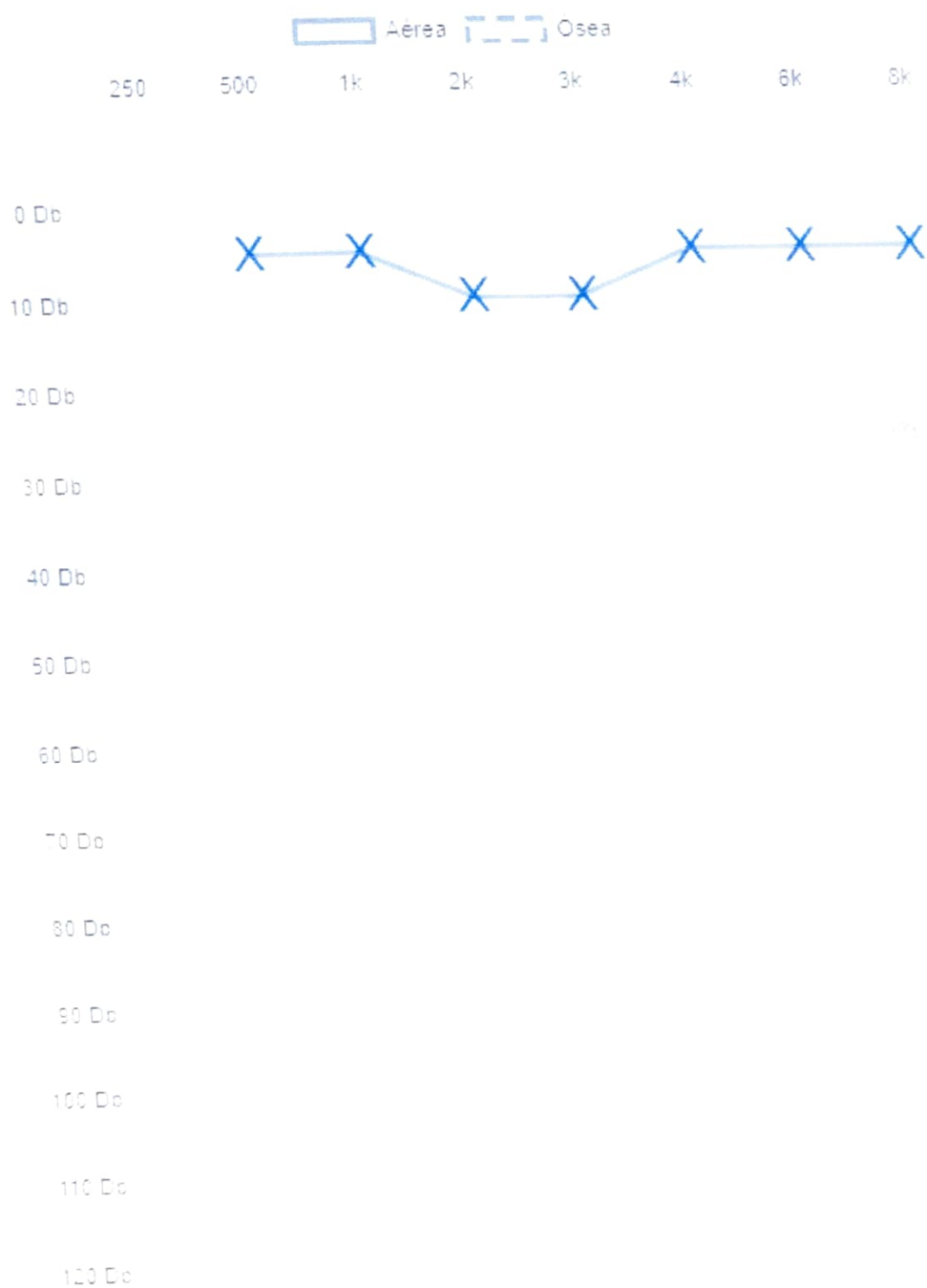
NORMAL

EXTREMIDADES

DE COLUMNA
DE COLUMNA

NORMAL
NORMAL

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



a



HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2021/11/05
www.cendiatra.com

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	7.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011
---------------	------

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 paraclínicas 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.

SANDRA MILENA GIRALDO LÓPEZ
CC. 1111 777 774 de Buenaventura
Cargo: Fonodisloga Especialista
Licencia SST 0065 2019

SANDRA MILENA GIRALDO LOPEZ
RM: 111177774
Firma y sello del médico evaluador



FRANCY LENY ALARCON OPANCE
CC 29663462
Firma del trabajador evaluado

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2021/11/05

www.cendiatra.com

FORMATO MANUAL

NO

A. AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



B. AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



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				5			5			15			10			10			5			5		
OI				5			5			10			10			5			5			5		

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

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	CONDUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	15 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

INTERPRETACION

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2021/11/05
www.cendiatra.com

DE TELÉFONO	CENDIATRA CALI 3827 337 - 3809 956	DIRECCIÓN EMAIL	Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles cali@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-11-05	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	Identificación CC	Nro 29663462
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	Edad	41
Empresa	PARTICULAR/CALI	Sexo	F
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2021-11-05 12:13:49	Fecha Salida	2021-11-05 12:14:05

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
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	CONDUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	15 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

OTOSCOPIA

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

HISTORIA MANUAL