



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FRANCY LENY ALARCON OPANCE	No. Documento	29663462
Identificación	CC	Edad	41 años 10 meses 28 dias
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
	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
36199

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
LÉFONO

CHA DE EXAMEN

CENDIATRA CALI
3827 337 - 3809 956

DIRECCIÓN
EMAIL

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

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

AUDIOMETRIA TAMIZ

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ESPIROMETRIA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISSIMETRIA

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 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 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
EIC Res 1220-5460114-04-2



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.cendiatura.com

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

OCCUPACION ACTUAL

EXPOSICION A CONTAMINANTES?	NO
UTILIZA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL?	NO
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

VISIOMETRIA

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

VISIONETRIA

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

SEDE CENDIATRA CALI
TELÉFONO 3827 337 - 3809 956 **DIRECCIÓN** Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles
FECHA DE EXAMEN 2021-11-05 **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 12:01:43 **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 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 dia 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

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Fecha Atención : 2021-11-05
NORMAL
NORMAL

Fecha impresión :
2021-11-05

DOMINANCIA
PHALEN
TINNEL
FINKELSTEIN
LASEGUE
HAWKINS
JOBS
MILLS
COZEN

PHALEN
TINNEL
FINKELSTEIN
LASEGUE
HAWKINS
JOBS
MILLS
COZEN

DIAGNOSTICO 1
DIAGNOSTICO 2
DIAGNOSTICO 3
DIAGNOSTICO 4
DIAGNOSTICO 5

DERECHA
NEGATIVO
NEGATIVO

PRUEBA IZQUIERDA
NEGATIVO
NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

Z100. Examen de salud ocupacional

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico 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	
Identificación	CC	Nro 29663462
Fecha de Nacimiento	1979-12-08	41
Genero	F	O +
Estado civil	Otro	Bachiller
Estrato	2	Palmira
Dirección	direccion	3163082478
Acompañante		
Empresa	PARTICULAR/CALI	CONDUCTOR
Ciudad - Sede	Cali	CENDIATRA CALI

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION

OCCUPACION

LUGAR DE RESIDENCIA

NOMBRE DEL RESPONSABLE

TELEFONO DE RESPONSABLE

PARENTESCO

TIPO VINCULACION

RAZON SOCIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA

CARGO

DATOS EMPRESA

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

OSTURA	NO
SO DE VIDEOJUEGOS	NO
SO DE INSTRUMENTOS	NO
RATICAR DEPORTE	NO
CTIVIDADES HOGAR	NO
CTIVIDADES MANUALES	NO

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ESPECIFICOS

ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
STEZOARTRITIS	NO
IMPUTACIONES	NO
INF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
IMITACION FUNCIONAL	NO
D TUNEL CARPO	NO
INF DE LA COLUMNA	NO
ERVICALGIA	NO
UMBALGIA	NO
IALGIAS	NO
ENDINITIS	NO
ADICULOPATIAS	NO
ENDINITIS BURSITIS	NO
SGUINCES	NO
RACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
ARESTESIAS DISESTESIAS	NO
ESCRIPCION	NO

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION

OSTURA	NORMAL
LINEACION	NORMAL
METRIA	NORMAL
SCOLIOSIS	NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

BSERVACIONES	NORMAL
OMBRO	NORMAL
RAZO	NORMAL

EXTREMIDADES

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO

 Aerea  Osea

250

500

1k

2k

3k

4k

6k

8k

0 Db

10 Db

20 Db

30 Db

40 Db

50 Db

60 Db

70 Db

80 Db

90 Db

100 Db

110 Db

120 Db



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 2011

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 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.

SANDRA MILENA GIRALDO LOPEZ
CC: 1111 777 774 de Buenaventura
Cargo: Fonoaudióloga Especialista
Licencia SST: 0065 - 2019

SANDRA MILENA GIRALDO LOPEZ
RM: 1111777774
Firma y sello del médico evaluador

FRANCY LENY ALARCON OPANCHE
CC: 29663462
Firma del trabajador evaluado

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

ndiatra

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

FORMATO MANUAL

NO



AUDIOGRAAMA 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		

AUDIOGRAAMA 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 COVERSACIONES	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 COVERSACIONES	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 EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL.
IMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL