

**CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ
PARA LA CONDUCCION DE VEHICULOS**

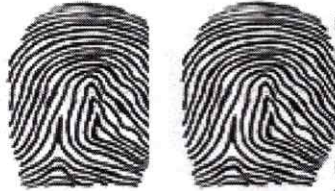


Medipruebas Bahia S.A.S
NIT: 900510783-1
ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+

APELLIDOS: ROZO GARZON		NOMBRES: LUIS FERNANDO	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC	NUMERO DE DOCUMENTO:	79891410
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	1976-06-13
EDAD:	44	SEXO:	M
OCUPACION:	CONDUCTOR	RESIDENCIA:	BOGOTA
DOMICILIO: CL 69 C BIS A SUR 78 80		TELEFONO DOMICILIO:	3103335943
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:		TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA: COMPENSAR		TIPO DE VINCULACION: COTIZANTE	

CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolucion 217 de 2014 NTC-ISO/IEC 17024:2013 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos asi:

OPTOMETRIA:

CONCEPTO: APTO	NOMBRE OPTOMETRA: SARA ANGELICA RINCON PINTO	R.M.: 1052389596
--------------------------	--------------------------------------------------------	----------------------------

FONOAUDIOLOGIA:

CONCEPTO: AUDICION DENTRO DE LIMITES NORMALES	NOMBRE FONOAUDIOLOGO: DORA LUZ FONSECA RIA	R.M.: 52647315
---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------

PSICOLOGIA:

CONCEPTO: Resultados dentro del promedio normal Apio con hallazgos psicologicos sanos que no generan perdida ni limitan su capacidad laboral	NOMBRE PSICOLOGO: GINNA PAOLA RODRIGUEZ BELTRAN	R.M.: 1024517987
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	----------------------------

MEDICINA GENERAL:

CONCEPTO: apto para laborar	NOMBRE MEDICO: ALBERTO MARIN OCAMPO	R.M.: 10212061
---------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------

CONCEPTO FINAL:

CONCEPTO FINAL: persona que viene a realizar examen medico donde no se evidencia ningun tipo de alteracion fisica, mental o de coordinacion motriz que le impida realizar su trabajo adecuadamente	RESTRICCIONES:	TIPO DE TRAMITE:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------------

Firma profesional certificada:
NATALIA PERDOMO ARISTIZABAL
RM: 101445

Declaro, bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.



Firma usuario certificado

"Declaro bajo la gravedad de juramento que la informacion suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apego a la verdad"

**INFORME DE RESULTADO DE EVALUACION MEDICA - 28291 -Proceso:
HISTORIA CLINICA DIGITAL No 79891410**



Medipruebas Bahia S.A.S (SOCIEDAD)
NIT: 900510783-1
ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+
NOMBRES: LUIS FERNANDO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	79891410
FECHA DE NACIMIENTO:	1976-06-13
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3103335943
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	COTIZANTE

APELLIDOS: ROZO GARZON	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE
EDAD:	44
OCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CL 69 C BIS A SUR 78 80	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA: COMPENSAR	

OPTOMETRIA:

NOMBRE OPTOMETRA: SARA ANGELICA RINCON PINTO

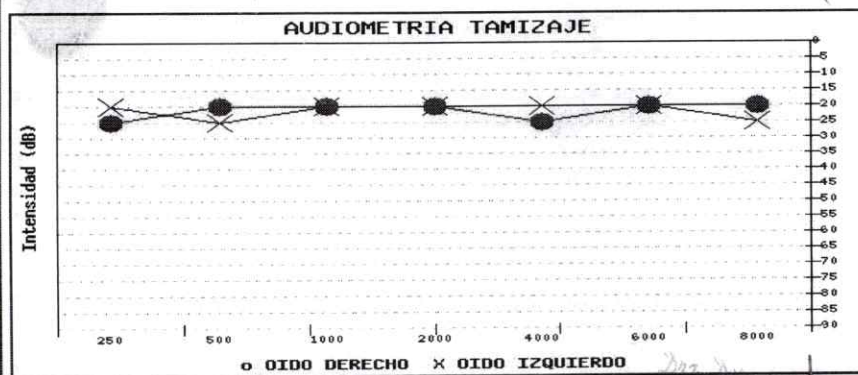
PRUEBA:	PARAMETRO:	RANGO GRUPO 1:	RANGO GRUPO 2:	RESULTADO:
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	>= 120	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	>= 120	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	>= 70	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	>= 70	>= 70	APTO
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	6
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	<= 40% o 20/40	<= 40% o 20/40	APTO
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	<= 5 Segundos	<= 5 Segundos	25seg
PHORIAS	HORIZONTAL LEJANA	>= 1.5 y <= 6.5	>= 1.5 y <= 6.5	4.5
PHORIAS	VERTICAL LEJANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	4.5
PHORIAS	HORIZONTAL CERCANA	>= 2.5 y <= 7.5	>= 2.5 y <= 7.5	5.0
PHORIAS	VERTICAL CERCANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	5.0

Huella profesional

CONCEPTO:	FIRMA OPTOMETRA: <i>Sara Rincon</i>	R.M.:
APTO	Optometrista ULS Especialista SST Reg 4093	1052389596

FONOAUDIOLOGIA:

NOMBRE FONOAUDIOLOGO: DORA LUZ FONSECA RIA



VALOR PTA	Huella profesional
PTA OD: 20 PTA OI: 21.66666666	

CONCEPTO:	FIRMA FONOAUDIOLOGO: <i>Dora Luz Fonseca Ria</i>	R.M.:
- AUDICION DENTRO DE LIMITES NORMALES	O.G.A. T.P. 130269	52647315

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA No 28291 - 79891410



Medipruebas Bahia S.A.S (SOCIEDAD)
 NIT: 900510783-1
 ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+
NOMBRES: LUIS FERNANDO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	79891410
FECHA DE NACIMIENTO:	1976-06-13
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3103335943
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	COTIZANTE

APELLIDOS: ROZO GARZON	CC
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	UNION LIBRE
ESTADO CIVIL:	44
EDAD:	CONDUCTOR
OCCUPACION:	
DOMICILIO: CL 69 C BIS A SUR 78 80	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA: COMPENSAR	

Prueba	Parametro	Rango grupo1	Rango grupo2	Resultado
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/25
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	>= 120	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	>= 120	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	>= 70	>= 70	APTO
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	>= 70	>= 70	APTO
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	6
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	<= 40% o 20/40	<= 40% o 20/40	APTO
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	<= 5 Segundos	<= 5 Segundos	2Seg
PHORIAS	HORIZONTAL LEJANA	>= 1.5 y <= 6.5	>= 1.5 y <= 6.5	4.5
PHORIAS	VERTICAL LEJANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	4.5
PHORIAS	HORIZONTAL CERCANA	>= 2.5 y <= 7.5	>= 2.5 y <= 7.5	5.0
PHORIAS	VERTICAL CERCANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	5.0

-Presento la evaluacion con lentes?	NO	Observaciones . APTO
-Presenta cirugía refractiva	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	SI	
-El aspirante presenta ptosis que afectan su vision	NO	

Sara Rincón
 Optómetra U.T.S.
 Especialista SST
 Reg 3093

Profesional
SARA ANGELICA RINCON PINTO
 RM: 1052389596

HISTORIA CLINICA FONOAUDIOLOGIA No 28291 - 79891410



Medipruebas Bahia S.A.S (SOCIEDAD)
 NIT: 900510783-1
 ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



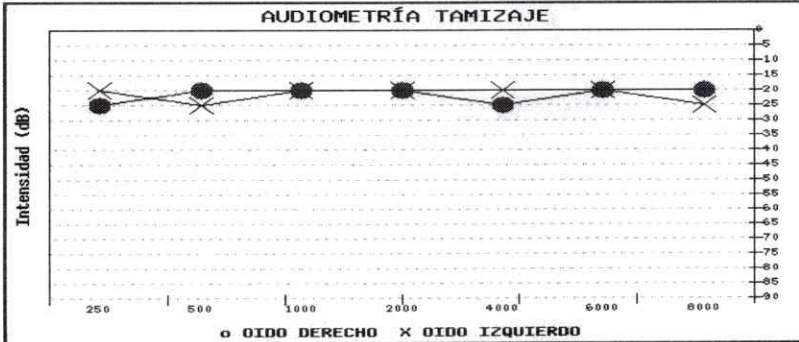
INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+

APELLIDOS: ROZO GARZON	NOMBRES: LUIS FERNANDO	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: CC	NUMERO DE DOCUMENTO: 79891410	
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1976-06-13	
EDAD: 44	SEXO: M	
OCUPACION: CONDUCTOR	RESIDENCIA: BOGOTA	
DOMICILIO: CL 69 C BIS A SUR 78 80	TELEFONO DOMICILIO: 3103335943	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA: COMPENSAR	TIPO DE VINCULACION: COTIZANTE	

EVALUACION AUDITIVA

Observaciones
 AUDICION DENTRO DE LIMITES NORMALES



VALOR PTA
PTA OD: 21.666666666666667
PTA OI: 21.666666666666667

Dora Luz Fonseca RIA
 FONOAUDIOLOGA
 C.C. 52647315
 T. 02849

Firma Profesional
DORA LUZ FONSECA RIA
 RM: 52647315

HISTORIA CLINICA PSICOSENSOMETRICO No 28291 - 79891410



Medipruebas Bahia S.A.S (SOCIEDAD)
 NIT: 900510783-1
 ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+
NOMBRES: LUIS FERNANDO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	79891410
FECHA DE NACIMIENTO:	1976-06-13
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3103335943
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	COTIZANTE

APELLIDOS: ROZO GARZON	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE
EDAD:	44
OCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CL 69 C BIS A SUR 78 80	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA: COMPENSAR	

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	603 1 Errores
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Numero de Errores	Max 1150 ms Max 7 Errores	1024 4 Errores
Coordinacion Bimanual	Tiempo Total de Error(TTE) Numero de Errores	Max 1930 ms Max 15 Errores	416 2 Errores
Reaccion al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccion	Max 1050 ms	594
Velocidad de Anticipacion	Distancia Media de Desviacion	Max 780 ms	424

Observaciones

INTELIGENCIA APTO SUSTANCIAS APTO PERSONALIDAD APTO

Valoracion Psicologica

Resultados dentro del promedio normal Apto con hallazgos psicologicos sanos que no generan perdida ni limitan su capacidad laboral

GINNA PAOLA RODRIGUEZ BELTRAN
 Psicóloga T.P. 176494

Firma Profesional
GINNA PAOLA RODRIGUEZ BELTRAN
 RM: 1024517987

HISTORIA CLINICA MEDICINA No 28291 - 79891410



Medipruebas Bahia S.A.S (SOCIEDAD)
 NIT: 900510783-1
 ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

Medipruebas Bahia S.A.S (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Transv No 60 No 124 20 Oficina 214 Bogota D.C
TELEFONO:	4660531
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0000743 28 de Marzo 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012392501
ACREDITADOR:	13-CEP-037 2014-02-17

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2021-04-29
FECHA DE CERTIFICACION:	2021-04-29
FECHA DE IMPRESION:	2021-04-29
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	no aplica
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	27639
NUMERO DE FACTURA:	28291
TIPO DE SANGRE Y RH:	B+
NOMBRES: LUIS FERNANDO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	79891410
FECHA DE NACIMIENTO:	1976-06-13
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3103335943
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	COTIZANTE

APELLIDOS: ROZO GARZON	CC
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	UNION LIBRE
ESTADO CIVIL:	44
EDAD:	CONDUCTOR
OCUPACION:	CL 69 C BIS A SUR 78 80
DOMICILIO:	NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	ASEGURADORA: COMPENSAR
ASEGURADORA: COMPENSAR	

EVALUACION MEDICA

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad? | NO |
| 2. Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable? | NO |
| 3. Si la pregunta anterior fue positiva, ha sido sometido a cirugía de revascularización? | NO |
| 4. Tiene marcapasos, desfibrilador automático o protesis valvulares? | NO |
| 5. Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca o cardiopatia? | NO |
| 6. Sufre de alteraciones del ritmo cardiaco? | NO |
| 7. Le han diagnosticado aneurismas? | NO |
| 8. Sufre de enfermedades vasculares perifericas? | NO |
| 9. Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve? | NO |
| 10. Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño? | NO |
| 11. Sufre de somnolencia diurna? | NO |
| 12. Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales? | NO |
| 13. Ha sido sometido o esa en lista de espera para un trasplante renal? | NO |
| 14. Se le ha diagnosticado nefropatia? de que tipo? | NO |
| 15. Sufre de insuficiencia renal? cronica o aguda? | NO |
| 16. Sufre de edema de miembros inferiores? | NO |
| 17. Le han diagnosticado diabetes mellitus? que tipo? | NO |
| 18. Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia? | NO |
| 19. Sufre de hiper o hipo tiroidismo? | NO |
| 20. Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides? | NO |
| 21. Le han diagnosticado enfermedades como: sindrome de cushing, feocromocitoma o enfermedad de addison? | NO |
| 22. Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia? causa? | NO |
| 23. Ha sufrido algun trastorno hematologico? | NO |
| 24. Sufre de enfermedades como policitemia vera, anemias, trombocitopenia o leucopenia? | NO |
| 25. Tiene trastornos de la coagulacion? toma tratamiento anticoagulante? | NO |
| 26. Existe alguna alteracion congenita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad? | NO |
| 27. Es su talla, inconveniente para la conduccion? | NO |
| 28. Posee algun trastorno o patologia muscular? | NO |
| 29. Sufre de alteraciones del equilibrio o vertigo? | NO |
| 30. Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epileptico? | NO |
| 31. Ha sufrido de accidentes isquemicos cerebro-vascular transitorios o recurrentes? | NO |
| 32. Ha sufrido o sufre de enfermedades oncológicas, medulares o perifericas, de tipo infeccioso, traumaticas o tumorales? | NO |
| 33. Ha sufrido de enfermedades infecciosas? | NO |
| 34. Sufre o ha sufrido de alergias? a que? | NO |
| 35. Esta en tratamiento farmacologico actualmente? con cual? | NO |
- Estatura: 171 Peso: 81 TA: 120/70 FC: 70 FR: 20

Observaciones
 examen cardiopulmonar musculoesqueletico y neumomuscular normal

Alberto Marin Ocampo
 medico
 RM: 10212061

Firma Profesional
ALBERTO MARIN OCAMPO
 RM: 10212061