

Original

Señor  
JUEZ DEL CIRCUITO (R)  
La Ciudad.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA CON SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL  
ACCIONANTE: IVAN GEOVANNY DELGADO JÁCOME C.C. No. 1085336150  
ACCIONADO: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, CNSC

**I. IDENTIFICACIÓN.**

**IVAN GEOVANNY DELGADO JÁCOME**, mayor y vecino (a) de esta Ciudad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio, con todo el respeto manifiesto a usted que en ejercicio del derecho de TUTELA consagrado en el artículo 86 de nuestra Constitución Política y reglamentado por el Decreto 2591 DE 1991, por este escrito formulo Acción de Tutela en contra de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, a fin de que se tutelen mis derechos fundamentales expresados en acápite posterior. Derivo mi acción de los siguientes:

**II. ACCIONES Y OMISIONES**

**Primero:** Participo de la Convocatoria 800 de 2018 para proveer cargo de dragoneante del INPEC, proceso vigilado y administrado por la CNSC, cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la OPEC, de acuerdo con el cargo aspirado obteniendo resultado de ADMITIDO y es así como presenté pruebas escritas y FÍSCO ATLÉTICA, con excelentes resultados que me ubican entre los primeros puestos para ser citado (a) a VALORACIÓN MÉDICA, como último requisito para continuar en curso en la Escuela Nacional Penitenciaria.

**Segundo:** La valoración médica practicada a través de las entidades de salud contratadas por la CNSC para esta convocatoria acreditan en dos valoraciones que mi estado de salud ocupacional es óptimo y así se demuestra a través de todos los exámenes médicos practicados.

**Tercero:** Se incluye una restricción con una supuesta radiografía de columna (RASQUISQUIS DE L5), que, al valorarme a profundidad con entidades médicas reconocidas, se puede identificar que no existe el diagnóstico reportado por los exámenes practicados dentro del concurso, debo adicionar que al terminar exámenes se me informó que estaban todo en NORMALIDAD.

**Cuarto:** Presté servicio militar como Auxiliar Bachiller del INPEC, en la valoración paraclínica para ese ingreso no se identificaron restricciones para el ejercicio de las funciones de Custodia y Vigilancia del INPEC, durante la prestación de este servicio nunca se reportaron novedades derivadas de la supuesta restricción que falsamente me quiere endilgar la CNSC en este proceso de selección. Sin dificultad con la flexo-extensión de la columna, realizando servicios de guardia en garitas, patios, con el 100% de posturas prolongadas de pie o sentado.

**Quinto:** La CNSC confirma sosteniéndose en su error, mediante respuesta del 10 de diciembre de 2019, después de mi SOLICITUD DE SEGUNDA VALORACIÓN que me discrimina, sustrayéndome del derecho a acceder a un cargo público, por encontrar una deformidad en la columna inexistente y que no se puede identificar solo con rayos x. Sin resolver de fondo mi reclamación y sin otorgar la posibilidad de impugnar el resultado y sin presentar razones técnico científicas ante las que pueda proponer medio de control en la vía contencioso administrativa.

**Sexto:** Obtuve historia clínica particular donde no se evidencia la restricción mencionada por la valoración hecha bajo el contrato de la Convocatoria 800.

**Séptimo:** Otorgué poder a un profesional del derecho a fin de que represente mis intereses particulares en acción contencioso administrativa, quien me informa que debe iniciar con el agotamiento del requisito de procedibilidad de conciliación y posteriormente la acción de

nulidad y restablecimiento del derecho con solicitud de suspensión provisional de los efectos de la decisión de la CNSC que confirma mi exclusión de esta Convocatoria.

### III. DERECHOS VIOLADOS O AMENAZADOS

Debo manifestar que se presentan actuaciones por parte de la CNSC, que vulneran mis derechos fundamentales, enmarcados en el valor fundamental de la DIGNIDAD HUMANA, en el siguiente sentido:

Se presenta discriminación a través de un error evidente que se quiere sostener, porque la deformidad de columna es inexistente, como lo he demostrado a través de todos los medios posibles, incluida valoración particular.

De acuerdo con los hechos narrados y frente a la posición asumida por la CNSC, existe una flagrante violación a mis derechos fundamentales. En un marco general del principio de la dignidad humana, con su criterio me "cosifica", porque pondera un aspecto netamente formal, cuando sus propias reglas trata del derecho de los aspirantes a impugnar los resultados obtenidos en valoración médica y esa impugnación es inoficiosa si la CNSC no acepta ninguna razón como válida y despacha en formato prediseñado la negativa a corregir sus errores.

Se encuentran especialmente vulnerados: derecho al debido proceso administrativo, derecho a acceder a la administración pública en igualdad de condiciones, derecho al trabajo en condiciones dignas y justas y otros principios, como el de la confianza legítima, la igualdad de trato a todos los aspirantes, el derecho de petición, que se vienen desconociendo, si se permite continuar esta conducta.

### IV. PROCEDENCIA Y LEGIMITIDAD

Esta acción de Tutela es procedente de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 2, 5 y 9 del Decreto 2591 de 1991, en protección de derechos fundamentales.

La no existencia de otro mecanismo jurídico efectivo, diferente a la tutela para lograr la protección de los derechos fundamentales invocados.

### V. DE LOS INFRACTORES

Se trata de la Comisión Nacional del Servicio Civil, entidad pública centralizada del orden nacional e independiente.

### VI. JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento que se entienda prestado con la presentación de este escrito, manifiesto que no he interpuesto acción de tutela, a nombre propio, ni a través de apoderado sobre los mismos hechos que constituyen la vulneración de los derechos fundamentales invocados. Así mismo que mis manifestaciones fácticas corresponden a la verdad.

### VII. PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito evaluar como tales:

1. Impresión de la información que se encuentra cargada y registrada en SIMO:
  - 1.1. Historia clínica con valoración de salud ocupacional y todos los exámenes de diagnóstico que demuestran el óptimo estado de salud ocupacional.
  - 1.2. Respuesta definitiva de la CNSC a la reclamación.
2. Historia clínica de servicio militar como auxiliar bachiller del Cuerpo de Custodia y Vigilancia del INPEC.
3. Valoración médica particular.
4. **Solicito respetuosamente** que se ordene valoración por parte del servicio público de Medicina Legal, si su Señoría lo considera necesario y pertinente.

## VIII. PETICIONES

Solicito la tutela de mis derechos fundamentales, dignidad humana: debido proceso administrativo, trabajo en condiciones dignas y justas, igualdad de oportunidades para acceder a la administración pública, confianza legítima, en consecuencia, se ordene a la CNSC a través de la dependencia que corresponda, que en término perentorio:

**Primera:** Dejar sin efecto la respuesta definitiva de exclusión de la Convocatoria mencionada, consecuencialmente permitirme continuar con las etapas restantes del concurso a fin de cumplir con el curso en la Escuela Nacional Penitenciaria y posterior nombramiento y posesión en período de prueba para el cargo de dragoneante del INPEC.

**Segundo:** Subsidiariamente solicito que, se amparen mis derechos fundamentales como mecanismo transitorio, bajo la obligación de acudir a la jurisdicción contencioso administrativa y bajo la amenaza de perjuicio irremediable que se justificará con la solicitud de medida provisional.

## IX. SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL

Con todo respeto solicito que con la admisión de la tutela se decrete medida provisional, en el sentido de evitar que se me excluya de la lista de aspirantes citados para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, ordenando que se produzca la inclusión de mi ponderado en la citación para mi caso particular, mientras se surte la acción constitucional.

Justifico mi solicitud en la normatividad contenida en el Decreto 760 de 2005; toda vez que la continuación en el proceso sin resolver de fondo las reclamaciones, puede generar nulidad de lo actuado y el fallo siendo favorable, puede no ser efectivo al haber pasado la fecha de citación para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, porque las reglas del concurso establecen que se hará solo de un porcentaje de los aspirantes en orden de mérito y por lo tanto al no estar presente en ese cálculo, aún con la orden de acción de tutela puedo quedar por fuera de la ponderación y sin posibilidad de continuar en el concurso por no cumplimiento de esa etapa.

La orden provisional de inclusión de mi ponderado en la conformación de la lista de citados a la Escuela no afecta para nada al proceso en general y por el contrario resulta útil para el amparo de mis derechos fundamentales, porque mientras no exista respuesta de fondo, coherente y razonable a mi reclamación, tengo derecho a continuar como destinatario de todas las actuaciones del proceso.

El Acuerdo reglamenta el cálculo de ponderado para la siguiente etapa así:

*ARTÍCULO 51°. - PUBLICACIÓN DE CONVOCADOS A CURSO. Una vez en firme los resultados de las pruebas eliminatorias del proceso de selección, los aspirantes que sean calificados como APTOS en la Valoración Médica podrán consultar en las fechas dispuestas por la CNSC, en la página [www.cnsc.gov.co](http://www.cnsc.gov.co) enlace SIMO, si son admitidos para ingresar al Curso de Formación o Complementación.*

*Serán convocados a Curso de Formación y Complementación, los aspirantes que en atención exclusiva a los resultados de las pruebas aplicadas, se encuentren ubicados en estricto orden de mérito en un porcentaje de 200% respecto de las vacantes ofertadas para los Cursos de Formación para Mujeres y Formación para Varones y en un porcentaje de 400% respecto de las vacantes ofertadas para el curso de Complementación. Si el INPEC incrementa el número de vacantes ofertadas se podrá convocar hasta un 200% de aspirantes con relación a las vacantes adicionales para los Cursos de Formación y hasta un 400% para el Curso de Complementación, siempre que hayan sido calificados Aptos en la valoración médica.*

*Contra la publicación de convocados a Curso de Formación o Complementación no procederá ningún recurso.*

Del perjuicio Irremediable: La CNSC el 23 de diciembre de 2019, publicó una nueva Convocatoria para proveer cargos de dragoneante del INPEC, buscando proveer todas las vacantes existentes para este cargo; de tal manera que se amenaza con causar un perjuicio irremediable en mi contra porque una acción contencioso administrativa aún bajo la hipotética concesión de una medida cautelar, me puede dejar sin posibilidades de nombramiento por la inexistencia de cargos vacantes.

Por otra parte, mi Convocatoria avanza y cada etapa es prerrequisito de la siguientes, de tal manera que excluirme de una de ellas implica el grave riesgo de no poder volver al curso normal de la misma. Teniendo en cuenta razones presupuestales todo está calculado para un número de aspirantes y en tal sentido para un reintegro extemporáneo habría que esperar a los correspondientes ajustes presupuestales y se causaría la privación de pago de salarios y prestaciones en igualdad de condiciones de los demás aspirantes.

**X. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

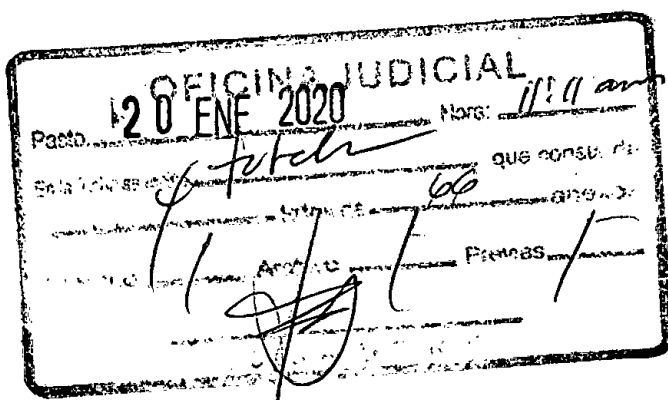
A la accionada: CNSC: Carrera 16 No. 96 – 64 Piso 7. Pbx: 57 (1) 3259700 Fax: 3259713, [notificacionesjudiciales@cncs.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cncs.gov.co) en la Ciudad de Bogotá D.C.

EL suscrito recibirá notificaciones en siguiente dirección: Manzana D Casa 1 Rincón de Pasto en la Ciudad de Pasto-Nariño. Teléfono-Celular: 3173205204 Email: [notificacionesavancemos@gmail.com](mailto:notificacionesavancemos@gmail.com), [5.metalsick@gmail.com](mailto:5.metalsick@gmail.com)

De su Señoría,

Atentamente,

  
IVAN GEOVANNY DELGADO JACOME  
C.C. No. 1085336150 de Pasto - Nariño



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS



Nº. 900849614 - 1  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
 Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD  
 INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 05/11/2019 08:06:00 Empresa INPEC

Temporal

Nombre IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME

Edad 22 Años

Cargo DRAGONEANTE

Doc. Identidad CC 1085336150



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR, RX DORSOLUMBAR, RX TORAX PA Y LATERAL, ESPIROMETRIA, ELECTROENCEFALOGRAMA, ELECTROCARDIOGRAMA, CREATININA, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA BASAL, HEMOGRAMA, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, VALORACION ODONTOLOGICA

CONCEPTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL.

RESTRICCIONES LABORALES

EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE IMPLIQUE SOBREEFUERZO Y/O ACTIVIDAD FISICA INTENSA, EVITAR MARCHAS Y BIPEDESTACION PROLONGADA, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS. \* NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (ALTERACIONES EN RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSO LUMBAR, PAGINA 191. NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, PESO E IMC MAXIMO Y MED CINTURA MAXIMA).

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicossocial  Ergonómico  Otros

REMISION

SI  NO  ARL

SI  NO  EPS

SI  NO

CONDUCTA Y/O SUGERENCIAS

Manejo por ARL/EPS	Ocupacionales	Hábitos y estilo de vida
Control PYP EPS <input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta <input type="checkbox"/>
Remisión EPS <input checked="" type="checkbox"/>	Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular <input checked="" type="checkbox"/>
Incluir manejo médico <input type="checkbox"/>	Uso de elementos protecc. personal <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar hábito fumador <input type="checkbox"/>
Remisión ARL <input type="checkbox"/>	Uso de ayudas ergonómico <input type="checkbox"/>	Reducir consumo alcohol <input type="checkbox"/>
Optometría anual <input checked="" type="checkbox"/>	Capacitación trabajo en alturas <input type="checkbox"/>	Recreación <input checked="" type="checkbox"/>
Valoración en EPS <input type="checkbox"/>	Pausas activas <input checked="" type="checkbox"/>	Medidas antiestasis venosos <input type="checkbox"/>
Proceso de calificación de origen en EPS <input type="checkbox"/>	Otro:	Otro:
Odonatología <input type="checkbox"/>		
Titulación hepatitis <input type="checkbox"/>		
Otro:		

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Yo Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los paraclicnicos correspondientes para dicha valoración ocupacional. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una comunicación a [proct@sonarsas.com](mailto:proct@sonarsas.com) cancelando la autorización de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que estoy autorizado.



*Ivan Giovanni Delgado Jacome*





# SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nr. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

## HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Tipo certificación: Ingreso  Periódico  Retiro  Caso Ocupacional  Trabajo en alturas   
 Control  Reubicación  Ingreso al SVE  Post incapacidad

Fecha 05/11/2019 EPS MEDIMAS Empresa INPEC  
 Dirección AVENIDA 2E # 5-23 BARRIO CEIBA DE CUCUTA Teléfono 314 3656565  
 Sede Actividad DRAGONEANTE Fondo de pension NINGUNA  
 D11085336150 Nombre VAN GIOVANNY DELGADO JACOME Hijos 0 Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento 28/06/1997 Edad 22 años  
 Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado  U. Libre  Escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnico  Univ.  Post Grado   
 Dirección Teléfono ARL Municipio Departamento RH  
 BRR EL RINCON DE PASTO 3173205204 NINGUNA O+

Antecedentes clínicos:

**INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR**

Nombre del cargo	Antigüedad del Cargo	Antigüedad en la empresa	Nro. de personas a cargo
DRAGONEANTE	0	1	0

Sección OPERATIVO Turno: Diurno  Nocturno  Rotativo

Descripción funciones del cargo: SEGURIDAD, RECONCILIACIÓN, DISCIPLINA Y ORDEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS, CUSTODIA, VIGILANCIA

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas  Casco  Tapabocas  Overol  Botas  Protector auditivo  Respirador  Guantes   
 Escafandra  Cofia  Mangas  Peto  Visera  Otros  CHALECO ANTIBALAS, BASTON, RADIO, RESTRICCIONES, REVOLVER, FUSIL O PISTOLA, MINI UZI, GORRA - UNIFORME - TONFA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7386588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factor de riesgo														Tiempo Años					
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS		EI	M	F	EPP	MEC
NONGLIND		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																		

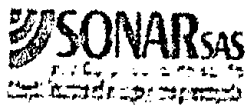
Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	Secuelas	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI  NO

Observaciones:



# SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NIT. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310078 - 7366588 - 3155404983

## HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI  NO  INDEMNIZACIÓN SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Observaciones:

### ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna	Fecha	No. Dosis
fiebre amarilla	22/10/2019	Dosis 1
hepatitis b	22/10/2019	Dosis 1
hepatitis a	22/10/2019	Dosis 1
influenza	14/10/2019	Dosis 1
PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	//	

Observaciones:

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ENF. MENTAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ÚLCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CANCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	TIOS

Observaciones: OBESIDAD : TIOS

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
CEFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA INGUINAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEF. VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA UMBILICAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ORDERA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA EPIGASTRICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OTITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. ACD. PEPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M.M.I.I.s.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICOCELE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TINITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DERMATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	UROLITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. URINARIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUMBAGO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CERVICALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPERCOLESTERONEMIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DORSALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TROMBOSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: OBESIDAD GRADO I EN TTO CON NUTRICIONISTA HACE 1 AÑO, NO USA CORRECCION OPTICA, NIEGA ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS, NIEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PSICOLOGIA Y/O PSIQUIATRIA





**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
APENDICITIS AGUDA	APENDICECTOMIA	//	NIEGA

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO		//	

**ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**

NO
----

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**

Menarquia	Ciclos	Fum	Dismenorrea	Planificación	Si	No
Método	G P A C E M V FUP	FUC	Resultado			

¿Practica algún deporte?  SI  No Frecuencia  Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual  Ocasional

Ha presentado lesiones deportivas NO Examen médico  
 Actividades manuales  SI  No Oficios domésticos  SI  No

**ANTECEDENTES TOXICOS**

Fuma  SI  No  Exfumador  SI  No  Años de suspensión 0 Años de fumador 0 Cigarrillos al día 0  
 Cor Habitual  SI  No  Frecuencia  Diaria  Ocasional  Semanal  Quincenal  Mensual  Drogración  SI  No

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

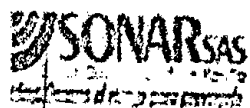
Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Dolor Precordial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lipoíma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disnea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Síncope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Descamación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Resequedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Insomnio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ardor ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Díspnea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epigastralgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polaquiuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Eritema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo Vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Hipertidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración sensitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: ASINTOMÁTICO, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, LUCE PEINADO, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, LUCIDO, LENGUAJE ARTICULADO. MEMORIA CONSERVADA. PENSAMIENTO LOGICO. SIN SIGNOS CLINICOS

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad D  Z  Ta 171 cm. Peso 97.7 Kg. IMC 33.41 Interpretación Obeso grado 1 Ta 120/80 FC 75 /Min. FR 17 /Min.  
 Medida cintura 105 cm. Cadera 0 cm. Índice cintura-cadera 0 Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: >30.0+  
 Interpretación índice cintura-cadera

ORGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL		
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	FOSA ILIACA DERECHA	
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Faneras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	NEVUS EXTENSO EN REGION LUMBAR IZQUIERDA	
OJOS	Parpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Comeas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Fondo de Ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Agudeza visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	OI: 20/25 OD: 20/40 POR TABLA DE SNELL	
	OIDOS	C. auditivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		Pabellones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Timpanos		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
NARIZ	Cornetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Tabique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mucosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
BOCA	Labios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Lengua	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Amígdalas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Dentadura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
CUELLO	Tiroides	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
TRAX	Senos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Pulmones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Osteomuscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alineación CENTRAL Schober: 5cm. Wels: cm. Clasificación III	
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Pared	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Hernias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
GENITALES	Genitales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	NO EXAMINADO PACIENTE SIN ANTECEDENTES O SINTOMAS GENITOURINARIOS	
EXTREMIDADES	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tinel: D Negativo I Negativo	
				Phalen: D NEGATIVO I Negativo	
				Finkelstein: D NEGATIVO I NEGATIVO	
	ALINEADA, MOVIMIENTOS DE ROTACION, FLEXION, EXTENSION Y LATERALIZACION DE COLUMNA LUMBAR CONSERVADOS.				
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bostezo: D Negativo I Negativo MC MURRAY NEGATIVO BILATERAL Cajón: D Negativo I Negativo Lasague: D NEGATIVO I NEGATIVO NO EDEMA NO DOLOR LOCAL A LA PALPACION EN ARTICULACIONES -	



# SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

## HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Marcha	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sensibilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Reflejos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático	Nov 10 2019	HB 18.2, HTO 55.8% RBC 6.59 ELEVADOS. HEMOCONCENTRADO.
Parcial de Orina	Nov 12 2019	ALBUMINA 30MG/DL
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil Lipídico		
Glicemia	Nov 10 2019	92.7 NORMAL
Coproflogico		
Serología		
BK		
Gravidex		
Frotis Faringeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refracc SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Corregido SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Obs.
Espirometría	Nov 10 2019	Normal <input checked="" type="radio"/> P.Obstructivo <input type="radio"/> P.Restrictivo <input type="radio"/> P.Mixto <input type="radio"/> Obs. NORMAL
Audiometría	Nov 10 2019	Normal X H_naur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3 H. Conductiva H. Mixta Obs. AUDICION NORMAL CON CAIDA LEVE
Optometría	Nov 10 2019	Normal <input type="radio"/> Obs. HIPERMETROPIA, TIPO 1 Diagnóstico
	Nov 10 2019	ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL, RITMO SINUSAL. CREATININA 1.17 NORMAL RX TORAX NORMAL.
	Nov 10 2019	REGISTRO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE VIGILA NORMAL. RX COLUMNA DORSOLUMBAR
	Nov 10 2019	VALORACION ODONTOLOGICA PACIENTE TIPO 1. EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGICO NORMAL

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cód	Diagnóstico	Observación
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	
J27	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	HIPERMETROPIA
O029	ESPIRIBIDA, NO ESPECIFICADA	
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	

### OBSERVACIONES:

NOTA: SE REALIZAN BABINSKY-WEIL, UNTERBERGER, ROMBERG SENSIBILIZADO, ROMBERG SIMPLE TEST DEDO NARIZ Y DIADOCOCINECIA SIN ALTERACIONES.  
 IMC DE 33 CON MED CINTURA 105 NO CUMPLE PROFESIOGRAMA.  
 PACIENTE CON RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR LA CUAL REPORTA DEFECTO DEL CIERRE DEL CUERPO VERTEBRAL DE L5. SE EVALUA SEGUN PROFESIOGRAMA DICE: TIENE RESTRICCIÓN PARA EFECTUAR LABORES INHERENTES A SU CARGO, COMO MARCHAS, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS, BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, TEMIENDO EN CUENTA LA EXPOSICIÓN A ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA DURANTE EL ENTRENAMIENTO Y EL DESARROLLO DE SU LABOR Y QUE LA MEDULA ESPINAL NO TIENE UNA PROTECCIÓN ÓSEA ADECUADA, SE PUEDEN GENERAR LESIONES ESPINALES Y/O PRECIPITACIÓN DE LOS SÍNTOMAS. SE DA CONCEPTO DE RESTRICCIÓN, POR LO ANTERIOR NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA. ADEMAS RX CON ESCOLIOSIS LUMBAR.

### RECOMENDACIONES:

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES. CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO.



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7386588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

12

PROLONGADA, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS \* NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (ALTERACIONES EN RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSO LUMBAR, PAGINA 191. NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, PESO E IMC MAXIMO Y MED CINTURA MAXIMA).

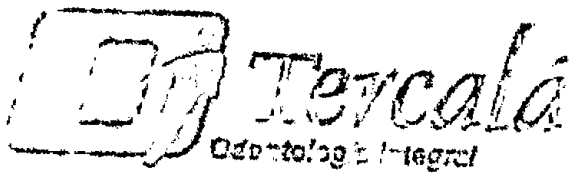
Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacional, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente



Dra Carmen Elena Lopez Arevalo  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic SO: 1209

*Ivan Giovanni Delgado Jacome*

Trabajador: IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME  
CC: 1085336150



Escuela Patriótica de Odontología Integral

Fecha: 05 de noviembre 2019

Paciente: Juan Giovanni Delgado Jarama

Fecha de Nacimiento: D 28 M 07 A 1997

Documento de Identidad No. 1085336150

Dirección Residencia Manzana D casa 1 Rincon de paria

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 9173205204

Dirección laboral : \_\_\_\_\_

Ocupación: Estudiante EPS: Mobilmas

ANTECEDENTES SALUD GENERAL: No refiere

ANTECEDENTE SALUD ORAL: Operaciones hace 4 meses  
Actualizada, extracciones de terceros  
molares, premolares, periodoncia

VALORACION POR SISTEMAS

SISTEMA BUCAL: Normal

SISTEMA PERIODONTAL: Normal

SISTEMA CRANEOFACIAL: Normal

SISTEMA DENTARIO  
ODONTOGRAMA

No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
11	S	21	S
12	S	22	S
13	S	23	S
14	S	24	S
15	S	25	RO
16	S	26	RO
17	S	27	S
18		28	

No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
41	S	31	S
42	S	32	S
43	S	33	S
44	S	34	S
45	S	35	S
46	S	36	S
47	AO	37	AO
48		38	

REFERENCIAS: DIAGNOSTICO CLINICO: C: caries, S: sano, P: perdido, A: amalgamo, R: resina, Cmc: corona metal ceramica, P: póatico, Cc: corona ceramica, I: incrustación, IWP: implanto, Rr: resto radicular

UBICACION: m: mesial, d: distal, I: incisal, o: oclusal, c: coronal

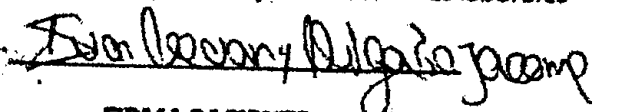

ESTADO: D: desadaptado, P: exposición pulpar, EX: exodoncia indicada

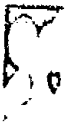
DIAGNOSTICO INTEGRAL INICIAL:

Paciente TIPO I

Autorizo a la Doctora Sandra Davila para presentar mi carta dental a las entidades que lo requieran con fines laborales

FIRMA ODONTOLOGO  
  
**Tercalá**  
 SANDRA PATRICIA DAVILA PAZ  
 REGISTRO 297 UDSH  
 CARRERA ESPECIALISTA  
 CIUDAD JAVIERIANO

FIRMA PACIENTE  
  



**Grupo PREVENIR EXPRESS**  
**CENTRO OPTICO**  
 SERVICIOS INTEGRALES DE OPTOMETRIA

**GRUPO PREVENIR EXPRESS.**  
 Carrera 29 # 17-89 San Andres  
 Diagonal Cámara de Comercio  
 Teléfono 7290038 Cel 3104351937-  
 3172645522

FECHA: DIA: 05 MES: NOVIEMBRE AÑO: 2019

NOMBRE: IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME  
 IDENTIFICACION: 1085336150

AGUDEZA VISUAL							
OJO DERECHO	SC	VL	20/20	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO IZQUIERDO	SC	VL	20/20	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO DERECHO	CC	VL	NO APLICA	VP	NO APLICA		
OJO IZQUIERDO	CC	VL	NO APLICA	VP	NO APLICA		

**EXAMEN EXTERNO**  
 OJO DERECHO: SIN ALTERACIÓN  
 OJO IZQUIERDO: SIN ALTERACIÓN

**OFTALMOSCOPIA**  
 OJO DERECHO: RETINA APLICADA  
 OJO IZQUIERDO: RETINA APLICADA

ISHIHARA: 14/14 ESTEREOPSIS: 40° ARCO

**EXAMEN MOTOR**  
 ORTHOFORIA

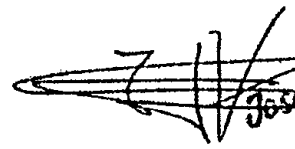
DIAGNOSTICO		RIPS
OD: HIPERMETROPIA		H520
OI: HIPERMETROPIA		H520

TIPO: 1

**PRESCRIPCION**

NO SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA CONTROL DE OPTOMETRIA EN 1 AÑO

OPTOMETRA:  
 JOSE LUIS VELANDIA CABRA  
 TP: 1014213300

  
 JOSE LUIS VELANDIA CABRA  
 OPTOMETRA  
 CC 1014213300  
 FUA



05	11	2019	Pasto	INGRESO: _____	EGRESO: _____
DIA	MES	AÑO	CIUDAD	PERIODICO: _____	CONFIRMATORIA: _____
NOMBRE <b>Ivan Giovanni Delgado Tarama</b>			EDAD <b>22</b>	SEXO <b>M</b>	
C.C. <b>1.085.336.150</b>		EMPRESA <b>Ips Medicare de Colombia</b>		TELEFONO	

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA:

Descanso Auditivo 10 horas      Realizó re test SI  NO       Usó cabina sonooamortiguada SI  NO

Marca y referencia audiómetro utilizado: FOUK FA-10      Fecha de la Última Calibración 22 01 2019

ANTECEDENTES PERSONALES											
OTOLÓGICOS		SI	NO	TRAUMÁTICOS		SI	NO	EXTRALABORALES		SI	NO
OTALGIA		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEJO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTITIS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA DIRECTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORREA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA ACÚSTICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÚSICA ALTO VOLUMEN		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORRAGIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WALKMAN, IPOD, MP3, MP4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRURITO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					SERVICIO MILITAR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					POLIGONO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÉRTIGO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TINNITUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
HIPOACUSIA SUBJETIVA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIRÚGICOS		SI	NO	HEREDITARIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRUGÍA DE OÍDO		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FAMILIARES CON		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				TIMPANOPLÁSTIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS AUDITIVOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				CIRUGÍA DE CABEZA Y CELLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÓXICOS DEL NERVO ACÚSTICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								TÓXICOS INDUSTRIALES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								FÁRMACOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR**  
(Según información suministrada por el sujeto o sus familiares y/o documentos que pueda tener el examinador)

Fecha ingreso a la empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: Diagnostico Rotación:  SI  NO Sección: \_\_\_\_\_ Antigüedad en el cargo actual:  Años

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO (No aplica para cargos y empresas sin exposición a ruido)				EN OTRAS EMPRESAS			
Nombre del Cargo Desempeñado (Incluir con el cargo actual)	Tiempo (Años)	Uso de E.P.A. *		Nombre de la Empresa (Incluir con la última empresa donde laboró)	Nombre del Cargo	Tiempo (Años)	Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizado
		Tipo*	Tolerancia*				
		I	C				
				<u>Taller de Maderas</u>		<u>5 meses</u>	<u>capa</u>
							<u>algodnas</u>
							<u>orejas</u>

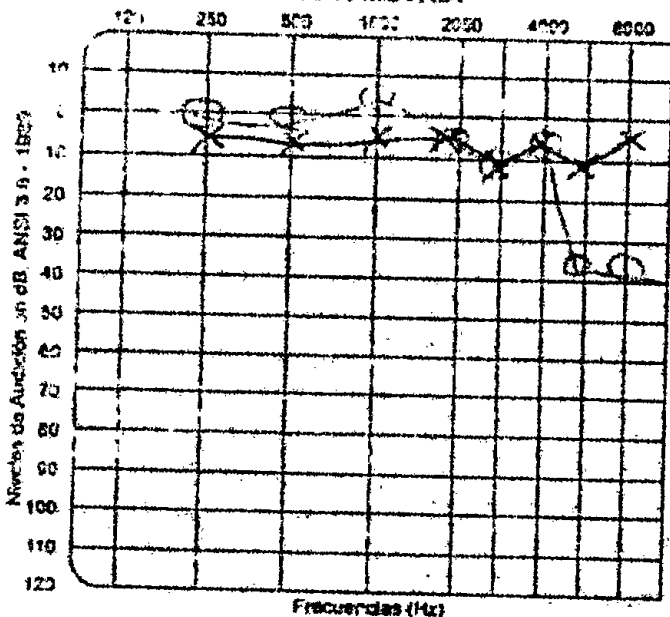
E.P.A. Elemento de Protección Auditiva. Tipo de Elemento de Protección Auditiva: I: Incaudal, C: Capa, S: Escudo, N: Mergue, Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva: B: Buena, R: Regular, M: Mala.



**EVALUACION**

PRACTICAR VIA OSEA SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE ALTERADA VIA AEREA

**AUDIOMETRIA**



**AUDIOMETRIA CONVENCIONES**

VIA AEREA	O	X
VIA AEREA MASH	△	□
VIA OSEA	<	>
VIA OSEA MASH	[	]
EN RESPUESTA	↓	↓

**GRADO DE DEFICIENCIA DE LAS FRECUENCIAS PARA FRECUENCIAS AGUDAS**

NORMAL	-10 A 20 dB
LEVE	20 A 40 dB
MODERADA	40 A 60 dB
MODERADA - SEVERA	60 A 70 dB
SEVERA	70 A 90 dB
PROFUSA	> 90 dB

**ANALISIS COMPARATIVO**

(Escriba o seleccione en decibelios el cambio del umbral en caso que de las frecuencias y para cada oído)

Frecuencia (Hz)	Oído Derecho (Decibelios)	Oído Izquierdo (Decibelios)	Cambio Umbral Auditivo (Escriba con un (x) la casilla correspondiente según se presente o en Cambio de Umbral)
500 Hz			
1000 Hz			Cambio Umbral Auditivo Oído Derecho
2000 Hz			
3000 Hz			
4000 Hz			Cambio Umbral Auditivo Oído Izquierdo
8000 Hz			

**CAMBIO UMBRAL AUDITIVO (DBS):** Cuando se presenta un aumento del umbral auditivo de 15 o más decibelios respecto a la audimetría base se cualquiera de las frecuencias

**OTOSCOPIA PASTILAS AUDICULARES**

- NORMAL
- ATROFIA
- MURCHIA
- OTRAS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**MEMBRANA TIMPÁNICA**

- NORMAL
- PERFORADA
- HIPEREMICA
- PLACA CALCÁREA
- OPACA
- ASULTADA
- RESTRADA Y CON EUSTACACIO
- NO SE VISUALIZA
- OTROS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO**

- NORMAL
- TAPON PARCIAL DE CERUMEN
- TAPON TOTAL DE CERUMEN
- OTROS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES:**

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

BIATERAL: Adicción normal, con caída leve en 6K y 8K

o.o. PTA: 1.6 dB HL

o.i. PTA 5 dB HL

**OBSERVACIONES:**

RECOMENDACIONES (Escriba con un (x) (e) recomendaciones dadas al trabajador)

- CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO  CONTROL AUDITIVO EN 6 MESES
- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA  CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGÍA
- ROYAR DIADEMA TELEFÓNICA  LIMPIEZA AUDITIVA
- EXAMENES AUDITIVOS COMPLEMENTARIOS CUALES  CONDUCIR CON VENTANILLA DE CARRO CERRADA

EVALUADO POR:

Dra. Claudia P. Burgos B.

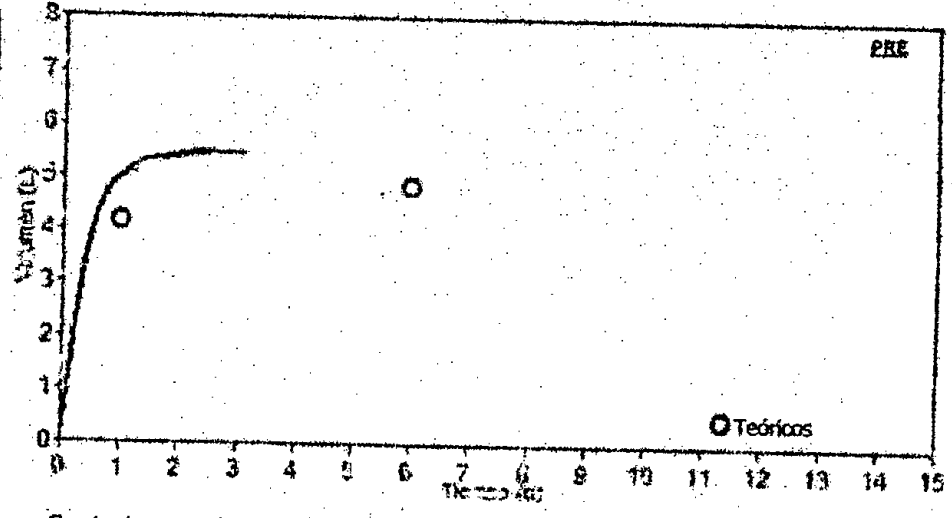
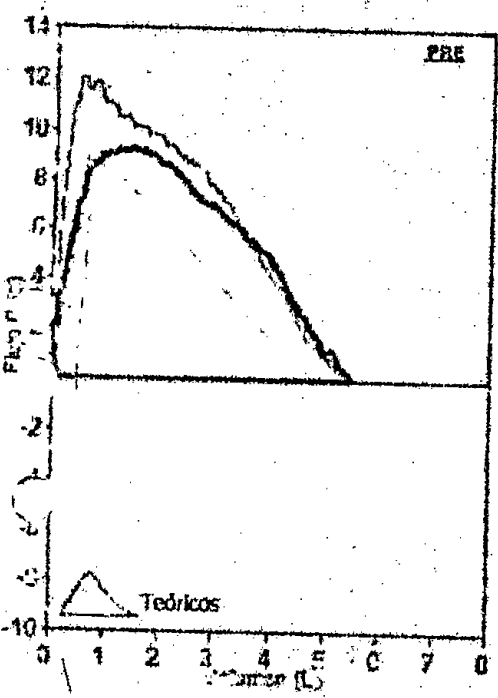
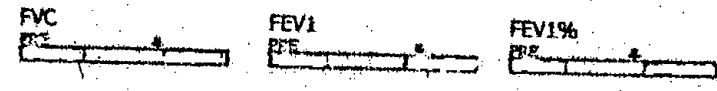
PACIENTE:

C.C. No. 109535610

FONOAUDIÓLOGA - ESP. AUDIOPROTESIS  
Universidad Católica de Manizales

Fecha de visita 05/11/2019

Cód. paciente 1085336150      Edad 22  
 Apellido DELGADO JACOME      Género Masculino  
 Nom. IVAN GIOVANNY      Altura, cm 171  
 Fecha de nacimiento 28/07/1997      Peso, kg 97  
 Grupo étnico Caucásico      BMI 33,17  
 Fuma No fumador      Paquete-año  
 Grupo pacientes IPS MEDCARE DE COLOMBIA SAS



Grado de control de calidad: A      Variabilidad: FEV1=0,04L (0,8%), FVC=0,02L (0,37%)  
 2 Acceptable trials

**Interpretación**  
 Espirometría normal

Fecha prueba PRE 05/11/2019 08:53:57 a.m.

Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Com
FVC L	4,05	4,83	5,48*	113	1,38	5,48	5,46				
FEV1 L	3,42	4,16	5,02*	121	1,94	5,02	4,98		*		
FEV1/FVC %	75,2	85,8	91,6*	107	0,89	91,6	91,2		*		
PEF L/s	6,21	8,93	12,13*	136	1,94	9,28	12,13		*		
TA años		22									
EF2575 L/s	3,04	4,67	6,90	148	2,27	6,90	7,18				
FET s		6,00	2,57	43		2,57	3,16				
FVC L	4,05	4,83									
FEV1/FVC %	75,2	85,8									

\*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,101 23 °C (73,4 °F) - Teóricos Knudsen

Informe médico

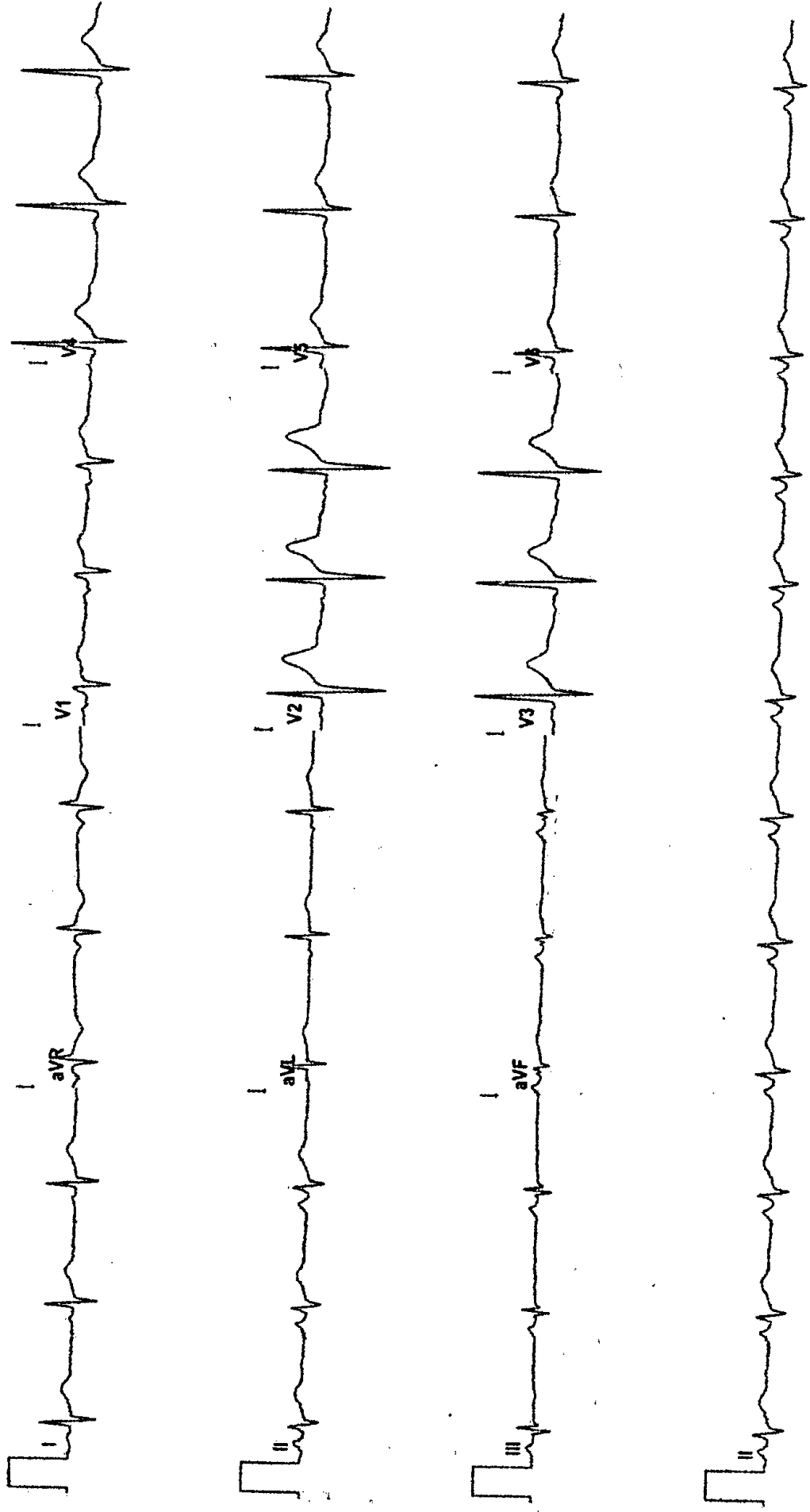
Firma *J. Alberto C...*

Instrumento usado  
 Spirobank II new S/N Y06319

Last: DELGADO JACOME  
First: IVAN GIOVANNY  
ID: 1085336150  
DOB: 28.07.1997  
Age: 22 años  
Sex: Male

05.11.2019 12:09:25 PM

Frec Ventri: 70 LPM  
Int PR: 139 ms  
Dur QRS: 102 ms  
QT/QTc: 364 / 386 ms  
Ejes P-R-T: 71 20 30  
Avg RR: 846 ms  
QTcB: 395 ms  
QTcF: 384 ms





PROCESO GESTIÓN AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Código: FR-GAD-203  
Fecha de aplicación:  
Aplica desde: 01/09/2017  
Versión:  
Páginas: 15 de 23

REPORTE DE RESULTADOS EEG / VIDEOTELEMETRÍA

RESULTADOS EGG:  
EGG NO: 1911042

RESULTADOS VIDEOTELEMETRÍA:  
VIDEOTELEMETRÍA NO: NO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Delgado Jacome Ivan Giovanni  
N. DE IDENTIFICACIÓN: 1085336150  
FECHA DE NACIMIENTO: 28 Julio/1997 EDAD: 22 A  
EPS: SONAR SAS

DIAGNOSTICO NA  
FECHA DE TOMA EXÁMEN: 05 noviembre 2019  
MOTIVO DE REMISIÓN: Valoración INPEC

Médico remitente: NA  
MEDICAMENTOS: NA

TÉCNICA E INSTRUMENTO: Estudio de electroencefalograma digital realizado con equipo Aniracec EEG de Nicolet Biomedica; utilizando registro de 32 canales de EEG simultáneos según el sistema Internacional 10-20 de acuerdo a las directivas de la American Electroencephalography Society

Sedación: No  
Estado del Paciente: Despierto  
Activación: FE - HV

HALLAZGOS:

TRAZADO DE FONDO: Registro de encefalografía cont. nuc. digital de vigilia caracterizado por presentar ritmos de fondo alfa de 8-9cps y 30-50uVoi de amplitud que se atenúa adecuadamente con la apertura ocular y ritmo beta anterior de 14-16cps y menos de 10uVoi de amplitud. Trazado reactivo con buen gradiente anteroposterior.

ANORMALIDADES: No se observo actividad paroxística, signos de focalización ni asimetrías significativas en el trazado de fondo.


PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN: Se realiza hiperventilación durante 4 minutos y fotoestimulación a 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 y 35Hz sin observar modificación de trazado de fondo.

CONCLUSIÓN:

Registro Electroencefalografico de vigilia NORMAL

EXÁMEN TOMADO POR: Maria Victoria Calvache Basticas

INTERPRETADO POR:

  
RAMIRO JOSÉ BENAVIDES B  
MÉDICO NEURÓPEDIATRA  
RM 52826-00 CC 98 379 377

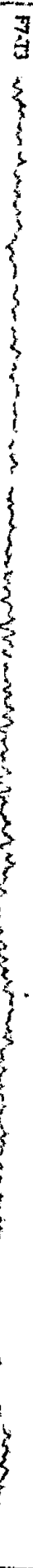
Se anexa trazado

Proyectó: Maria Victoria Calvache Basticas

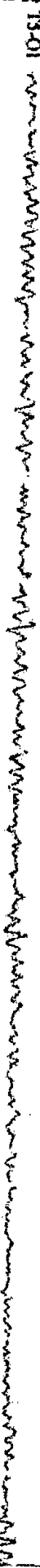
Absolute time: 12:29:48

IV 40 sec

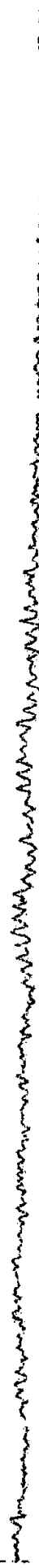
Fp1-F7 

F7-T3 

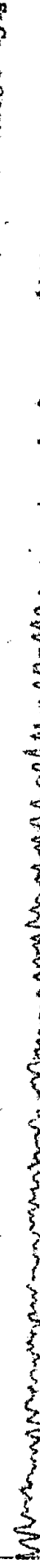
T3-T5 

T5-O1 

Fp1-F3 

F3-C3 

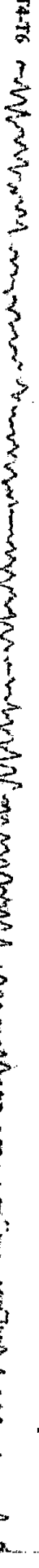
C3-P3 

P3-O1 

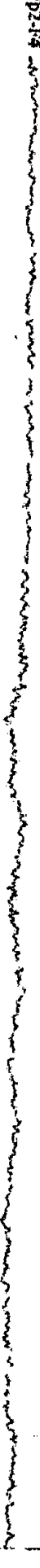
F4-C2 

C2-P2 

Fp2-F8 

F8-T4 

T4-T6 

T6-O2 

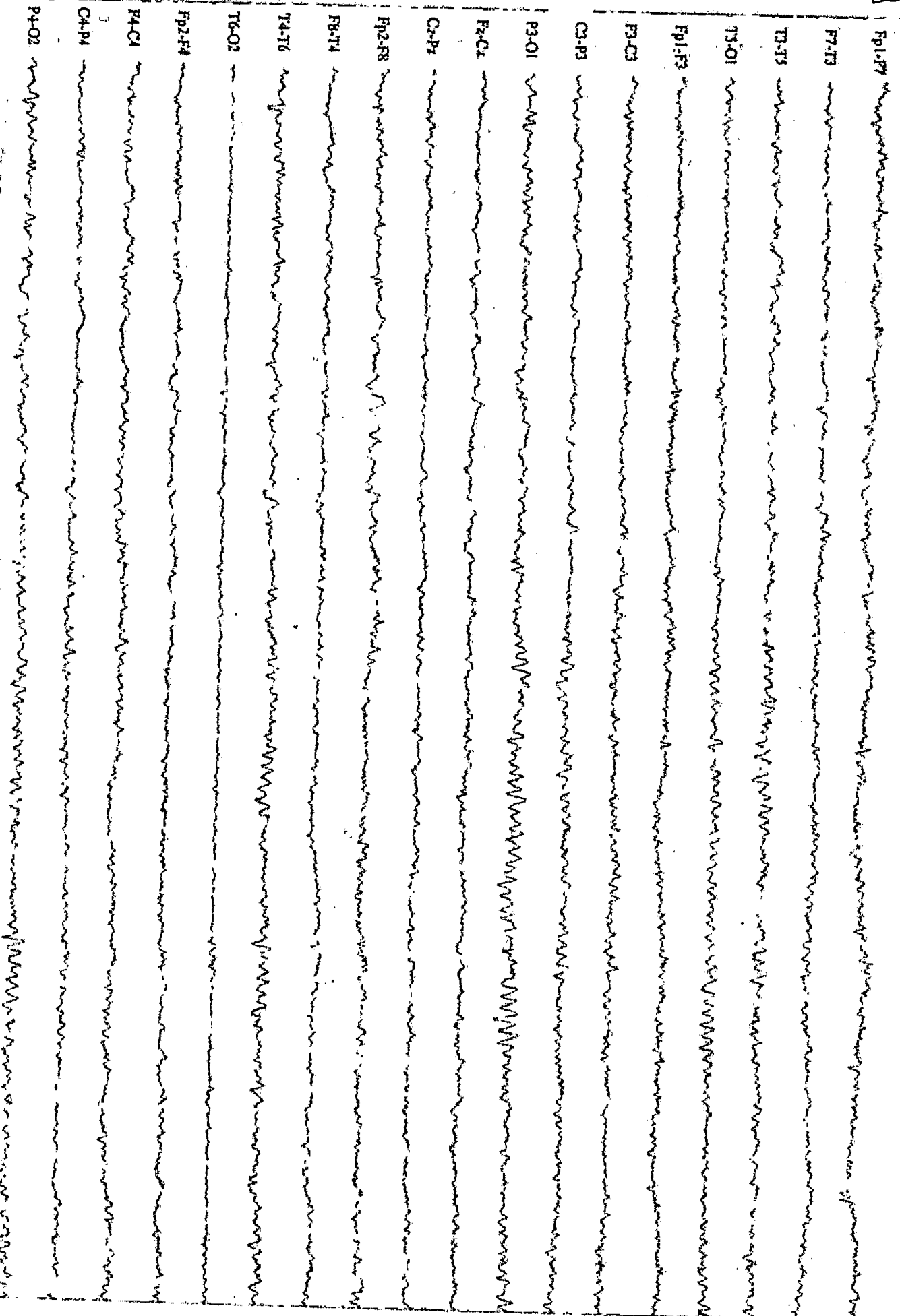
Fp2-F4 

F4-C4 

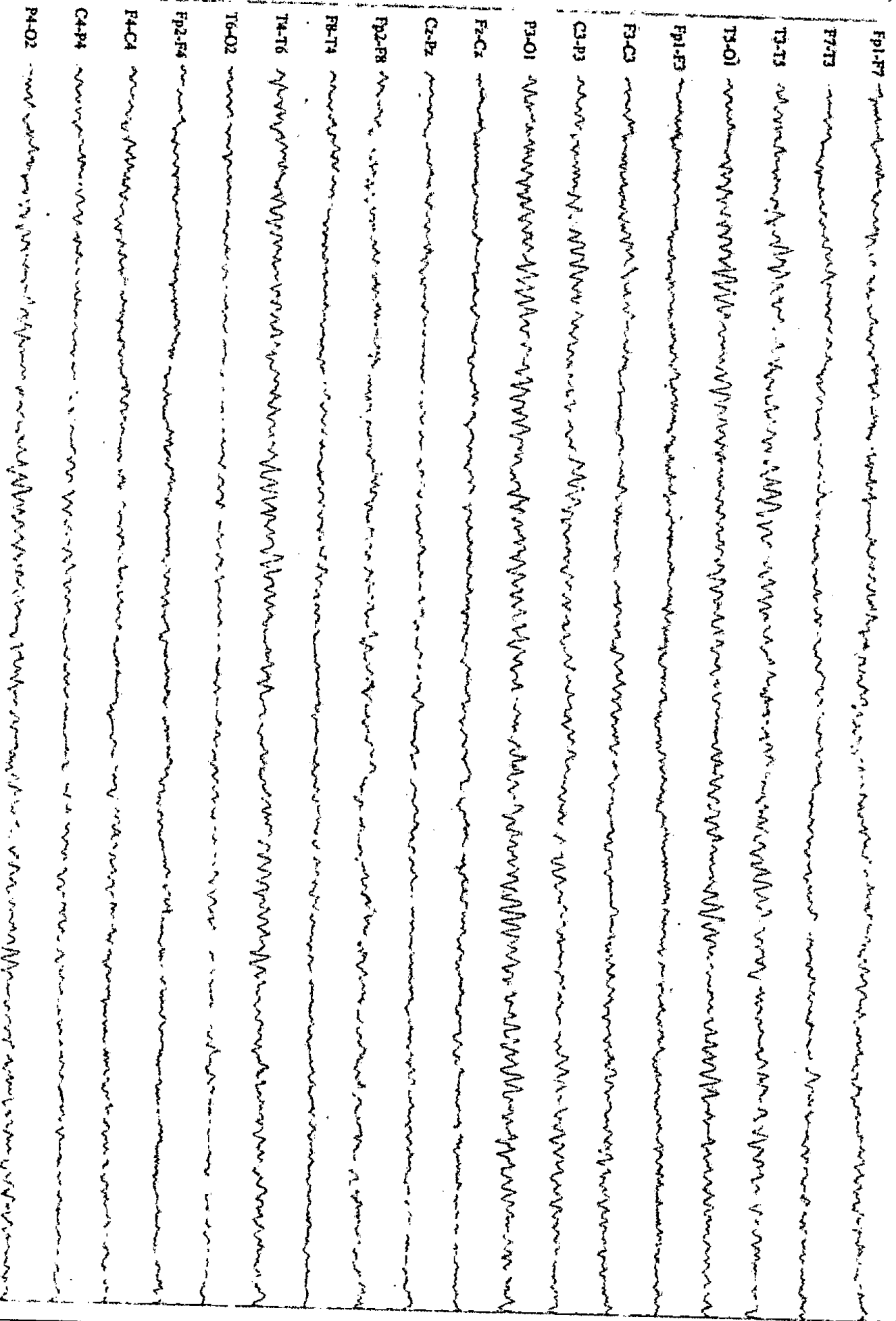
C4-P4 

P4-O2 

Absolute time: 12:30:16

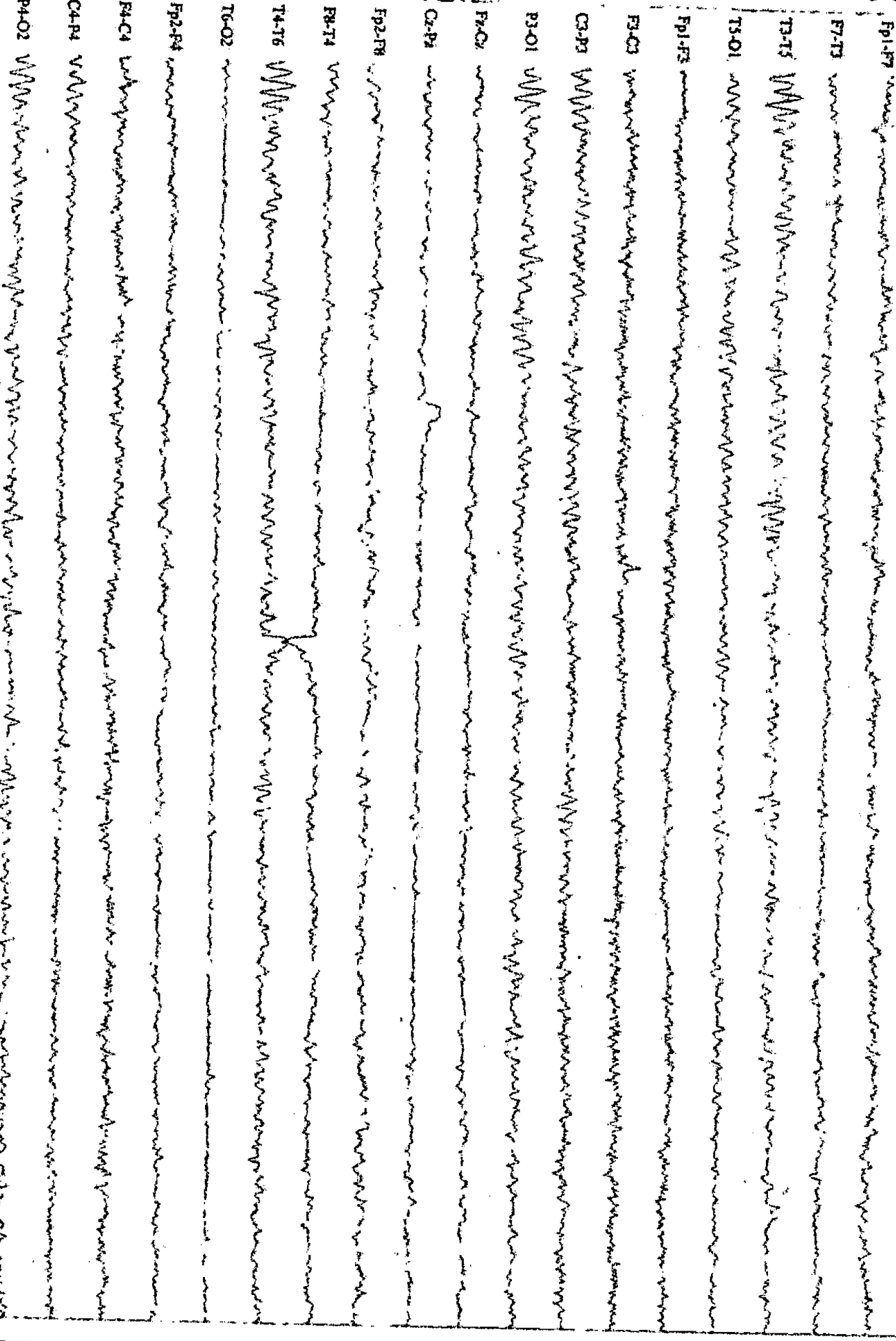


Absolute time: 12:31:36



Absolute time: 12:35:57

52







**Héctor Dávila**  
**Laboratorio Clínico**

26  
BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO  
Universidad de Antioquia  
Esp. Hematología y Banco de Sangre  
Pontificia Universidad Javeriana  
Esp. Materiales Peligrosos NBSR  
Ministerio de Justicia y del Interior

NOMBRE IVAN GIOVANNY BELGADO JACOME      FECHA 11/5/2019  
NUMERO DE REGISTRO 3719      CEDULA DE CIUDADANIA 1085336150  
EDAD 22 AÑOS

REGISTRO NACIONAL 1163  
REGISTRO MIN.SALUD, 4355

**GLICEMIA PREPRANDIAL**

GLICEMIA: 92,7 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: 70 a 110 mg/dl

**CREATININA**

CREATININA: 1,17 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: HOMBRES: 0.9 A 1.3 mg/dl  
MUJERES: 0.6 A 1.1 mg/dl

**PARCIAL DE ORINA**

EXAMEN FÍSICO DE LA ORINA  
COLOR Y ASPECTO:  
DENSIDAD:

AMARILLO LIMPIDO  
1030

EXAMEN QUÍMICO DE LA ORINA

PH:  
GLUCOSA:  
BILIRRUBINAS:  
ALBUMINA:  
SANGRE:  
C. CETONICOS:  
ESTEARAZA LEUCOCITARIA  
NITRITOS:  
UROBILINOGENO

5,5  
NEGATIVO  
NEGATIVO  
30 MG/DL  
NEGATIVO  
NEGATIVO  
NEGATIVO  
NEGATIVO  
0,2 mg/dl

SEDIMENTO URINARIO DE LA ORINA

LEUCOCITOS 0 A 1 CAMPO, MOCO ++

Laboratorio Clínico  
Héctor Dávila  
NIT. 1085336150  
IVAN HECTOR VICENTE BELGADO JACOME

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto  
hctordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Cel.: 315 486 0018 - Pasto



# Héctor Dávila Laboratorio Clínico

27

BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO  
Universidad de Antioquia  
Esp. Hematología y Banco de Sangre  
Pontificia Universidad Javeriana  
Esp. Microbiología Patógena RDCR  
Ministerio de Justicia y del Interior

REGISTRO NACIONAL 1103  
REGISTRO MIN.SALUD. 4323

ESP HECTOR VICENTE DAVILA FAZ  
HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE  
LI ANTIOQUEÑA / LI JAVERIANA

Identificación de muestra  
ID paciente  
Tipo

3719  
1085336150  
Humano

Nombre  
Fecha de Nacimiento  
Sexo

IVAN GUVANNY DELGADO JACOME  
00/00/2000  
Masculino

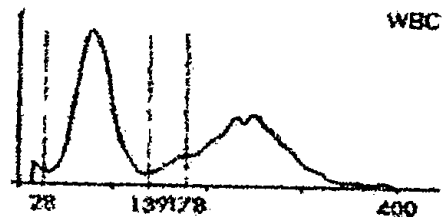
Fecha de análisis  
Fecha de reporte

05/11/2019 04:04 AM  
05/11/2019 05:19 AM

No. De serie  
Doctor

490005

WBC	7.07 $10^9/l$	5.00	11.60
LYM	3.44 $10^9/l$	1.30	4.00
MD	0.24 $10^9/l$	0.30	1.00
GRA	3.40 $10^9/l$	2.40	7.60
LYM%	48.6 %	19.1	48.5
MD%	3.4 %	4.5	12.1
GRAS%	40.0 %	43.6	73.4
HGB	6.59 $g/dl$	3.79	5.78
HCT	18.2 %	11.5	17.3
MCV	58.82 %	34.05	55.90
MCH	05 fl	84	90
MCHC	27.7 pg	27.5	32.4
RDWc	32.7 %	31.7	34.2
PLT	14.9 %	11.1	14.0
PCT	270 $10^9/l$	156	342
MPV	0.20 %	0.16	0.36
PDWc	7.4 fl	8.3	12.1
P-LCC	35.2 %	37.8	43.6
P-LCR	54 $10^9/l$		
	20.01 %		



Lecante 0.80 ml  
PIW 309/311  
PYR 255/359

Comentarios:

Laboratorio Clínico  
Héctor Dávila  
RPT 125-2019-9  
ESP HECTOR VICENTE DAVILA

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto  
hectordavila63@hotmail.com

Residencial Calle 17 No. 35-22 - Cel: 313 500 0013 - Pasto



74/242926/2

Fecha: 05/11/2019 03:28:20 p.m.  
Paciente: IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME  
Examen: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT-OBLICUAS)  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO  
Estudio: 62824959 242926  
Documento: 1085336150  
Edad: 22 a 3 m 7 d

RX TORAX

Estructuras óseas y tejidos blandos visibles sin alteraciones.  
Tráquea central. Arco aórtico izquierdo.  
Hilios de tamaño forma, posición y densidad normales.  
Índice cardiorácico conservado, ángulos cardio y costofrénicos libres.  
En el parénquima no hay áreas de consolidación ni masas.  
No hay cavernas, bulas o neumatoceles.

CONCLUSIÓN:

RX DE TORAX DENTRO DE LA NORMALIDAD

CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO  
M.D. RADIOLOGO  
R.M. 779  
C.C. 12983252  
Transcrito por: CASING

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Fecha: 05/11/2019 03:28:20 p.m.  
Paciente: IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME  
Examen: RX COLUMNA DORSO LUMBAR  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S



74/242926/3  
Sede: PASTO  
Estudio: 62824959 242926  
Documento: 1085336150  
Edad: 22 a 3 m 7 d

## RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR

La densidad ósea es adecuada.

Hay curva de escoliosis lumbar a convexidad derecha.

Hay defecto de cierre del cuerpo vertebral L5.

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales, al igual que los espacios entre ellos, y el tamaño del canal raquídeo son normales.

**CONCLUSIÓN :**  
ESCOLIOSIS LUMBAR  
RAQUISQUISIS DE L5  
SE SUGIERE TEST DE ESCOLIOSIS

**CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO**  
M.D. RADIOLOGO  
R.M. 779  
C.C. 12983252  
Transcrito por: CASING

**IMPORTANTE.** La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Bogotá (1) 542 1110. Pereira (6) 325 4200. Manizales (5) 8867191. Cúcuta (7) 572 1055. Ibagué (8) 264 1639. Girardot (8) 835 0528.  
Bucaramanga (7) 645 9990. Zipaquirá (1) 851 0493. Chiquinquirá (8) 851 0493. Valledupar (5) 589 8339.

Impreso 06/11/2019 11:35:30 a.m

[www.idime.com.co](http://www.idime.com.co)

Página: 1 of 1

# CITACIÓN SEGUNDA VALORACIÓN INPEC

Recibidos



IPS MEDCARE <ipsmedcareinpec.2019@gmail.com>

24 nov.  
2019  
9:29

para mí

Cordial saludo,

Señor:  
IVAN GEOVANNY DELGADO JACOME

Informamos que usted debe presentarse nuevamente a nuestra **IPS SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS** ubicada en la Calle 17 # 29 - 12 Centro por motivo de confirmación de resultados de exámenes aplicados dentro de la convocatoria INPEC.

**El examen a realizarse es:** RX DORSOLUMBAR - EXAMEN OSTEOMUSCULAR

**Valor del examen:** \$ 129.549 \$ 38.000

**Recomendaciones:** RX DORSO LUMBAR: El día anterior almuerzo y cena livianos, dieta líquida, no tomar gaseosa o lácteos, tomar laxante 6:00 pm (TRAVAD ORAL)

**Fecha de atención:** 2019-11-29

**Horario de atención:** 06:00 am

Se recuerda que el **único medio de pago habilitado es por corresponsal bancario Bancolombia Cuenta Corriente No. 08882306641 (no consignar en sucursales del Banco)**. Así mismo, se requiere que el recibo de pago sea enviado al WhatsApp 3213969706.

Cordialmente,

**IPS SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**  
**314 4737879**

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD INGRESO**

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha 29/11/2019 17:53:00 Empresa INPEC

Temporal

Nombre IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME Edad 22 Años

Cargo DRAGONEANTE Doc. Identidad CC 1085336150



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR, RX DORSOLUMBAR

**CONCEPTO**

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

6 PACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL.

**RESTRICCIONES LABORALES**

DEBE EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE IMPLIQUE SOBREEFUERZO Y/O ACTIVIDAD FISICA INTENSA, EVITAR MARCHAS Y BIPEDESTACION PROLONGADA, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS. \* NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (ALTERACIONES EN RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSO LUMBAR, PAGINA 191. NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, PESO E IMC MAXIMO Y MED CINTURA MAXIMA)

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**REMISION**

SI  NO  ARL SI  NO  EPS SI  NO

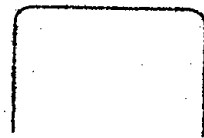
**CONDUCTA Y/O SUGERENCIAS**

Manejo por ARL/EPS		Ocupacionales	Hábitos y estilo de vida	
Control PYP EPS	<input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	
Remisión EPS	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene postural	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuar manejo médico	<input type="checkbox"/>	Uso de elementos protecc. personal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Remisión ARL	<input type="checkbox"/>	Uso de ayudas ergonómico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optometría anual	<input checked="" type="checkbox"/>	Capacitación trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración en EPS	<input type="checkbox"/>	Pausas activas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Proceso de calificación de origen en EPS	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontología	<input type="checkbox"/>			
Calificación hepatitis	<input type="checkbox"/>			
Otro:				

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los paraclínicos correspondientes para dicha valoración ocupacional. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una comunicación a [priv@sonarsas.com](mailto:priv@sonarsas.com) cancelando la autorización de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que están autorizados.



*Ivan Giovanni Delgado J.*





SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7365588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Tipo certificación: Ingreso  Periódico  Retiro  Caso Ocupacional  Trabajo en alturas   
 Control  Reubicación  Ingreso al SVE  Post incapacidad

Fecha 29/11/2019 EPS MEDIMAS Empresa INPEC

Dirección AVENIDA 2E # 5-23 BARRIO CEIBA DE CUCUTA Teléfono 314 3656565

Sede Actividad DRAGONEANTE Fondo de pensión NINGUNA

DI1085336150 Nombre IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME Hijos 0 Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento 28/06/1997 Edad 22 años

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado  U. Libre  Escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnico  Univ.  Post Grado

Dirección BRR EL RINCON DE PASTO Teléfono 3173205204 ARL NINGUNA Municipio Departamento RH O+

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo	Antigüedad del Cargo	Antigüedad en la empresa	Nro. de personas a cargo
DRAGONEANTE	0	1	0

Descripción funciones del cargo: SEGURIDAD, RECONCILIACIÓN, DISCIPLINA Y ORDEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS, CUSTODIA, VIGILANCIA  
 Torno: Diurno  Nocturno  Relativo

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:  
 Gafas  Casco  Tapabocas  Overol  Botas  Protector auditivo  Respirador  Guantes   
 Escafandra  Cofia  Mangas  Peto  Visera  Otros  CHALECO ANTIBALAS, BASTON, RADIO, RESTRICCIONES, REOVOLVER, FUSIL O PISTOLA, MINI UZI, GORRA - UNIFORME - TONFA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factor de riesgo														Tiempo Años						
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS		EI	M	F	EPP	MEC	OT
NINGUNO INDEPENDIENTE	ESCOLTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										X	X		X		X		X		4

Observaciones: NO SABE

ACCIDENTES DE TRABAJO SI  NO  TRAJA HISTORIA CLINICA SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	Secuelas	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI  NO

Observaciones:



ENFERMEDAD PROFESIONAL SI  NO  INDEMNIZACIÓN SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Observaciones:

**ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

Vacuna	Fecha	No. Dosis
fiebre amarilla	22/10/2019	Dosis 1
hepatitis b	22/10/2019	Dosis 1
hepatitis a	22/10/2019	Dosis 1
influenza	14/10/2019	Dosis 1

Observaciones:

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

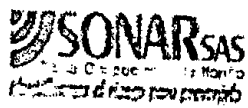
Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ENF. MENTAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ÚLCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	TIOS

Observaciones: OBESIDAD : TIOS

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
CEFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA INGUINAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEF. VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA UMBILICAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ORDERA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA EPIGÁSTRICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OTITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF.ACD.PEPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M.M.I.I.s.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICOCELE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TINITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DERMATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	UROLITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF.URINARIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUMBAGO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CERVICALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPERCOLESTERONEMIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DORSALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF.TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TROMBOSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: OBESIDAD GRADO I EN TTO CON NUTRICIONISTA HACE 1 AÑO, NO USA CORRECCION OPTICA, NIEGA ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS, NIEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PSICOLOGIA Y/O PSIQUIATRIA.



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
APENDICITIS AGUDA	APENDICECTOMIA	//	NIEGA

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO		//	

**ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**

NO

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**

Menarquia Ciclos Fum Dismenorrea  Planificación Si  No

Metodo G P A C E M V FUP FUC Resultado

¿Práctica algún deporte?  SI  No Frecuencia  Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual  Ocasional

Ha presentado lesiones deportivas NO Examen médico

Actividades manuales  SI  No Oficios domésticos  SI  No

**ANTECEDENTES TÓXICOS**

Fuma SI  No  Exfumador SI  No  Años de suspensión 0 Años de fumador 0 Cigarrillos al día 0

Licor Habitual SI  No  Frecuencia Diaria  Ocasional  Semanal  Quincenal  Mensual  Drogadicción SI  No

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Dolor Precordial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lipotimia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disnea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Síncope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Descamación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Resequedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Insomnio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ardor ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Disfonia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otalgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epigastralgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polaquiuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Eritema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo Vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Hiperhidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración sensitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: ASINTOMÁTICO, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, LUCE PEINADO, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. LÍCIDA, LENGUAJE ARTICULADO, MEMORIA CONSERVADA, RENSAMIENTO LÓGICO, SIN SIGNOS CLÍNICOS



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO

Lateralidad D  Z  Talla 171 cm. Peso 96 Kg. IMC 32.83 Interpretación Obeso grado 1 Ta 110/80 FC 69 /Min. FR 20 /Min.  
 Medida cintura 105 cm. Cadera 0 cm. Índice cintura-cadera 0 Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: >30.0+  
 Interpretación índice cintura-cadera

ORGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	FOSA ILIACA DERECHA
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Faneras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	NEVUS EXTENSO EN REGION LUMBAR IZQUIERDA
OJOS	Parpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Corneas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Fondo de Ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Agudeza visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
OIDOS	C. auditivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pabellones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Timpanos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NARIZ	Cometes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tabique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Mucosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BOCA	Labios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Lengua	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Amígdalas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Dentadura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CUELLO	Tiroides	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TORAX	Senos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pulmones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Osteomuscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alineación CENTRAL Schober: 5cm. Wels: .cm. Clasificación III
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pared	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hernias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GENITALES	Genitales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	NO EXAMINADO PACIENTE SIN ANTECEDENTES O SINTOMAS GENITOURINARIOS
EXTREMIDADES	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tunel: D Negativo I Negativo
				Phalen: D NEGATIVO I Negativo
				Finkelstein: D NEGATIVO I NEGATIVO
	ALINEADA, MOVIMIENTOS DE ROTACION, FLEXION, EXTENSION Y LATERALIZACION DE COLUMNA LUMBAR CONSERVADOS.			
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bostezo: D Negativo I Negativo MC MURRAY NEGATIVO BILATERAL Cajón: D Negativo I Negativo Lasegue: D NEGATIVO I NEGATIVO NO EDEMA NO DOLOR LOCAL A LA PALPACION EN ARTICULACIONES



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NIT. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensibilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reflejos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático		
Parcial de Orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil Lipídico		
Glicemia		
Coprológico		
Serología		
BK		
Gravindex		
Frotis Faringeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refarccc Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corregido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Obs.
Espirometría		Normal <input type="checkbox"/> P.Obstruccion <input type="checkbox"/> P.Restrictivo <input type="checkbox"/> P.Mixto <input type="checkbox"/> Obs.
Audiometría		Normal <input type="checkbox"/> H_neur <input type="checkbox"/> Sens. Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 3 <input type="checkbox"/>
Optometría		H. Conductiva <input type="checkbox"/> H. Mixta <input type="checkbox"/> Obs. <input type="checkbox"/>
	Nov 29 2019	RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR: ESCOLIOSIS LUMBAR SIN REPORTAR GRADOS, <span style="float: right;">Diagnóstico</span>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cod	Diagnóstico	Observación
669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	HIPERMETROPIA
Q059	ESPIÑA BIFIDA, NO ESPECIFICADA	
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	

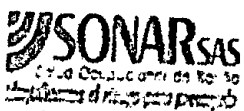
OBSERVACIONES:

ASISTE PACIENTE CON NUEVA RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR LA CUAL COPRUEBA LA EXISTENCIA DE UN DEFECTO DEL CIERRE DEL CUERPO VERTEBRAL DE L5, SE EVALUA SEGÚN PROFESIOGRAMA DICE: TIENE RESTRICCIÓN PARA EFECTUAR LABORES INHERENTES A SU CARGO, COMO MARCHAS, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS, BIPEDESTACIÓN PROLONGADA. TENIENDO EN CUENTA LA EXPOSICIÓN A ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA DURANTE EL ENTRENAMIENTO Y EL DESARROLLO DE SU LABOR Y QUE LA MÚDULA ESPINAL NO TIENE UNA PROTECCIÓN ÓSEA ADECUADA, SE PUEDEN GENERAR LESIONES ESPINALES Y/O PRECIPITACIÓN DE LOS SÍNTOMAS. SE DA CONCEPTO DE RESTRICCIÓN, POR LO ANTERIOR NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA.  
IMC: 32 CON MEDICION CITURA 105 CM NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA

RECOMENDACIONES:

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL.

RESTRICCIONES LABORALES:



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

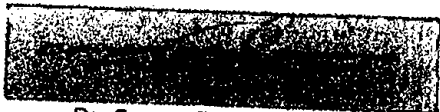
Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

MED CINTURA MAXIMA).

Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y veridicas. Autorizo a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacional, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentacion legal vigente



Dra Carmen Elena Lopez Arevalo  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic SO: 1209

Trabajador: IVAN GIOVANNY DELGADO JACOME  
CC: 1085336150