

# CND – TRANSPORTE

## PROCEDIMIENTO PARA CONTROLAR EL INGRESO, PERMANENCIA Y SALIDA DE TRANSPORTISTAS)

Edición: 4

Código: CND-TRA-P-006

Fecha: 16/ septiembre/2020

TODA COPIA IMPRESA ES UN DOCUMENTO NO CONTROLADO

### FORMATO RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

#### 1.- DATOS GENERALES

NOMBRES: ABRIL NOYA JAIME ISRAEL

CÉDULA #: 1724600125

COMPAÑÍA: TRANSCARGA S.A.

EDAD: 32.

FECHA DE EVALUACIÓN: 10/04/2023

#### 2.- ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:

NO REFIERE ANTECEDENTES CLÍNICOS NI QUIRÚRGICOS.

#### 3.- SIGNOS VITALES:

Presión Arterial: 115/80 Frecuencia Cardíaca: 75x Peso: 73 Talla: 1,62 IMC: 27,8

#### 3.- ALTERACIONES AL EXÁMEN FÍSICO:

MOENOCERATIA

OPEDIO PUNOMAR MORNAI

ABDOMEN Y EXTREMIDADES MORNAI

EHE: MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. GINSGOW 15/15

#### 4.- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE EXÁMENES:

Laboratorio: BH MORNAI, GR: 5.41 HGB 16.4, HTO 46.5 PIAQ 260n/l. GS: 0.0111

Audiometría: MORNAI 131127071

Rx. Tórax: MORNAI

Espirometría: 4/4

Rx. Lumbar: DISCRETA ROTACIONES VERTEBRA

Optometría: ENTROPE

Electrocardiograma: MORNAI

Electroencefalograma: MORNAI

#### 5.- APTITUD MÉDICA

Certifico que después de haber evaluado médicamente al Sr. ABRIL NOYA JAIME ISRAEL, empleado de la compañía TRANSCARGA AIDIA LOGISTICA, dejo constancia que se encuentra apto médicamente para realizar los siguientes tipos de trabajos:

Trabajos a nivel de piso ☒ Manipulación manual de cargas ☒ Trabajos en cámaras de frío ☒  
Trabajos en alturas ☒ Conductor de vehículos ☒ Trabajos con polvos y químicos ☐  
Manipuladores alimentos ☐ Trabajos en espacios confinados ☐ Otros ☐

Nombre del Médico: Dra. Viviana Ochoa M. Nombre del Trabajador: JAIME ABRIL

Firma del Médico: CM: 1.24 F49 N° 146 Firma del Trabajador: [Firma]

Nota: No se recibirá este documento si en él no consta la firma, sello y registro sanitario del médico responsable de esta evaluación médica.



**A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
TRANSCARGA ECUADOR S.A. - ALDIA LOGISTICA	1,79125E+12	GYQ	NEXUS MED - DRA. VIVIANA OCHOA	1724600125	32 AÑOS
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
ABRIL	MOYA	JAIME	ISRAEL	M	CONDUCTOR

**B. DATOS GENERALES**

FECHA DE EMISIÓN:	2023	4	5					
	aaaa	mm	dd					
EVALUACIÓN:	INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	SALIDA	<input type="checkbox"/>

**C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL**

Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como:

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	APTO EN OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	APTO CON LIMITACIONES	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------	--------------------------

ALLE DE OBSERVACIONES:

PACIENTE INGRESA A LA EMPRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ESTIGMAS DE ACCIDENTE LABORAL

**D. CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO**

Después de la valoración médica ocupacional se certifica las condiciones de salud al momento del retiro:

SATISFACTORIO

☒

NO SATISFACTORIO

OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO:

**E. RECOMENDACIONES**


1. DIETA EQUILIBRADA, 2.-NDICACIONES DE HIGIENE POSTURAL USO OBLIGATORIO

DE MASCARILLA 3. INDICACIONES NUTRICIONALES, LAVADO FRECUENTE DE MANOS

Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

La presente certificación se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de confidencial.

**F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD+B16**

NOMBRE Y APELLIDO	DRA. VIVIANA OCHOA	CÓDIGO	1716155955	FIRMA Y SELLO	
-------------------	--------------------	--------	------------	---------------	--

**G. FIRMA DEL USUARIO**


---

SNS-MSP / Form. CERT. 081 / 2019

CERTIFICADO DE SALUD EN EL TRABAJO

Dra. Viviana Ochoa  
MÉDICO OCUPACIONAL  
CM: L:24 F:49 N° 146



**A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA		RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
TRANSCARGA ECUADOR S.A. - ALDIA LOGISTICA		1.79125E+12	GYQ	NEXUS MED - DRA. VIVIANA OCHOA		1724600125	32 AÑOS
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)	RELIGIÓN	GRUPO SANGUÍNEO
ABRIL	MOYA	JAIME	ISRAEL	M	32 AÑOS	X	ORH+
ORIENTACIÓN SEXUAL	IDENTIDAD DE GÉNERO	DISCAPACIDAD		FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (aaaa/mm/dd)	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO DE TRABAJO A OCUPAR
Lesbiana Gay Bisexual Heterosexual No sabe/no responde	Femenino Masculino Transfemenino Transmasculino No sabe/no responde	SI NO TIPO %			OPERACIONES	CONDUCTOR	CONDUCCION TRANSPORTE PESADO

**B. MOTIVO DE CONSULTA**

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Descripción

APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA PREOCUPACIONAL

**C. ANTECEDENTES PERSONALES**
**ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS**

Descripción

APP: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE

ALERGIAS NEGATIVO

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS**

MENARQUÍA	CICLOS	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (aaaa/mm/dd)	GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	HIJOS	VIDA SEXUAL ACTIVA	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
							VIVOS MUERTOS	SI NO	SI NO TIPO
EXÁMENES REALIZADOS	SI NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	EXÁMENES REALIZADOS	SI NO	TIEMPO (años)	RESULTADO		
PAPANICOLAOU				ECO MAMARIO					
COLPOSCOPIA				MAMOGRAFÍA					

**ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS**

EXÁMENES REALIZADOS	SI NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	HIJOS
				SI NO TIPO	VIVOS MUERTOS
ANTÍGENO PROSTÁTICO			NO RECUERDA RESULTADO		
ECO PROSTÁTICO			NO REPORTA ETS		2

**HÁBITOS TÓXICOS**

CONSUMOS NOCIVOS	SI NO	TIEMPO DE CONSUMO (meses)	CANTIDAD	EX CONSUMIDOR	TIEMPO DE ABSTINENCIA (meses)	ESTILO	SI NO	¿CUÁL?	TIEMPO / CANTIDAD
TABACO						ACTIVIDAD FÍSICA		VOLEY E INDOOR	FINES DE SEMANA
ALCOHOL									Cantidad (unidad)
OTRAS DROGAS:						MEDICACIÓN HABITUAL			

**D. ANTECEDENTES DE TRABAJO**
**ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES**

EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA	TIEMPO DE TRABAJO (meses)	RIESGO	OBSERVACIONES
				FÍSICO MECÁNICO QUÍMICO BIOLÓGICO ERGONOMICO PSICOSOCIAL	
PARTICULAR	CHOFER		24	X	NO REFIERE

**ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)**

 FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE: SI ☐ ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ NO ☒ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones:

**ENFERMEDADES PROFESIONALES**

 FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE: SI ☐ ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ NO ☒ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones:

# E. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLAR EL PARENTESCO)

MARCAR Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO

1. ENFERMEDAD CARDIO-VASCULAR	2. ENFERMEDAD METABÓLICA	3. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	4. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	5. ENFERMEDAD INFECCIOSA	6. ENFERMEDAD HEREDITARIA / CONGÉNITA	7. DISCAPACIDADES	8. OTROS
Descripción							
ABUELO MATERNO: CA ESTOMAGO FALLECIDO							

# F. FACTORES DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

PUESTO DE TRABAJO / ÁREA		ACTIVIDADES	FÍSICO										MECÁNICO										QUÍMICO													
			Temperaturas altas	Temperaturas bajas	Radiación ionizante	Radiación No ionizante	Ruido	Vibración	Iluminación	Ventilación	Fluido eléctrico	Otros _____	Atrapeamiento entre máquinas	Atrapeamiento entre superficies	Atrapeamiento entre objetos	Caida de objetos	Caidas al mismo nivel	Caidas a diferente nivel	Contacto eléctrico	Contacto con superficies de trabajos	Proyección de partículas – fragmentos	Proyección de fluidos	Pinchazos	Cortes	Atropellamientos por vehículos	Choques /colisión vehicular	Otros _____	Sólidos	Pólvos	Humos	Líquidos	vapores	Aerosoles	Nebulinas	Gaseosos	Otros _____
1.	CHOFER	CONducIR Y DESPACHAR													X	X	X							X	X											
2.																																				
3.																																				

PUESTO DE TRABAJO / ÁREA		ACTIVIDADES	BIOLÓGICO										ERGONÓMICO					PSICOSOCIAL										MEDIDAS PREVENTIVAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			Virus	Hongos	Bacterias	Parásitos	Exposición a vectores	Exposición a animales salvajes	Otros	Manejo manual de cargas	Movimiento repetitivos	Posturas forzadas	Trabajos con PVD	Otros	Monotonía del trabajo	Sobrecarga laboral	Mitigación de la tarea	Alta responsabilidad	Autonomía en la toma de decisiones	Supervisión y estilos de dirección	Conflicto de rol	Falta de Claridad en las funciones	Incorrecta distribución del trabajo	Turnos rotativos	Relaciones interpersonales	Instabilidad laboral	Otros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
1.	CHOFER	CONDUCCIR Y DESPACHAR	X														X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

# G. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES

Descripción	
NO REFIERE	

# H. ENFERMEDAD ACTUAL

Descripción	
DOLOR LUMBAR OCASIONAL	

# I. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

EN CASO DE EXISTIR PATOLOGÍA MARCAR CON 'X' Y DESCRIBIR ABAJO COLOCANDO EL NUMERAL

1. PIEL - ANEXOS	3. RESPIRATORIO	5. DIGESTIVO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	9. HEMO LINFÁTICO
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4. CARDIO-VASCULAR	6. GENITO - URINARIO	8. ENDOCRINO	10. NERVIOSO
Descripción				
NO REFIERE				

# J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lati/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (rit/min)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	INDICE DE MASA CORPORAL (kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
110/70	36.6°C	75	98%	16	73	1.62	27.8	



# K. EXÁMEN FÍSICO REGIONAL

## REGIONES

1. Piel	a. Cicatrices		3. Oído	a. C. auditivo externo		5. Nariz	a. Tabique		8. Tórax	a. Pulmones		11. Pelvis	a. Pelvis	
	b. Tatuajes			b. Pabellón			b. Cornetes			b. Parrilla Costal			b. Genitales	
	c. Piel y Faneras			c. Timpanos			c. Mucosas			a. Visceras			a. Vascular	
2. Ojos	a. Párpados		4. Oro faringe	a. Labios		7. Tórax 6. Cuello	d. Senos paranasales		9. Abdomen	b. Pared abdominal		12. Extremidades	b. Miembros superiores	
	b. Conjuntivas			b. Lengua			a. Tiroides / masas			a. Flexibilidad			c. Miembros inferiores	
	c. Pupilas			c. Faringe			b. Movilidad			b. Desviación			a. Fuerza	
	d. Córnea			d. Amígdalas			a. Mamas			c. Dolor			b. Sensibilidad	
	e. Motilidad			e. Dentadura			b. Corazón						c. Marcha	
													d. Reflejos	

SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL

Observaciones:

MIEMBROS SUPERIORES NORMALES, NORMOCEFALICO CARDIOPULMONAR NORMAL

ABDOMEN SUAVE, NO DOLOROSO, RHA PRESENTES, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMAS, EXAMENE NEUROLÓGICO NORMAL

## L. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)

EXAMEN	FECHA	RESULTADOS
BIOMETRIA HEMATICA	4/4/2023	R. GLOB ROJOS 5.41 GLUCOSA 82
VISIOMETRIA	4/4/2023	EMETROPE
AUDIOMETRIA, EKG	4/4/2023	AUDICION NORMAL BILATERAL, EKG REPOLARIZACION PRECOZ
ESTUDIOS DE IMAGEN	4/4/2023	RECTIFICACION CURVA FISIOLÓGICA, DISCRETA ROTOESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD DERECHA, RX DE TORAX NORMAL

Observaciones: EKG (04/04/2023): REPOLARIZACION PRECOZ. RX TORAX (04/04/2023): DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

## M. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1 Descripción					
2		ROTOESCOLIOSIS CONVEXIDAD A LA DERECHA			X
3					

## N. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO

APTO	X	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO
Observación		PACIENTE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES, SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ESTIGMAS DE ACCIDENTE LABORAL		
Limitación		MANIPULACION MANNUAL DE CARGAS		

## O. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO

Descripción
1.- CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
2.- SEGUIR INDICACIONES DE SSO

AFIRMO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.

## P. DATOS DEL PROFESIONAL

FECHA	10 04 2023	HORA		DRA. VIVIANA OCHOA	CÓDIGO	1716155955	FIRMA Y SELLO
-------	------------	------	--	--------------------	--------	------------	---------------

## Q. FIRMA DEL USUARIO

--

Dra. Viviana Ochoa  
MÉDICO OCUPACIONAL  
CM: L:24 F:49 N° 146



## CIDMEDSALUD S.A.

Av. Mariana de Jesús Oe7-02 Edificio CITIMED

Consultorios 308, 334, 335, Oficinas 212

[info@cidmedsalud.com](mailto:info@cidmedsalud.com)/[www.cidmedsalud.com](http://www.cidmedsalud.com)

026007219/0995844677/PF. 2022-Z09-0145277

ORDEN NO. 040420233

ABRIL MOYA JAIME ISRAEL

Identificación: 1724600125

Fecha nacimiento: 1991-01-08

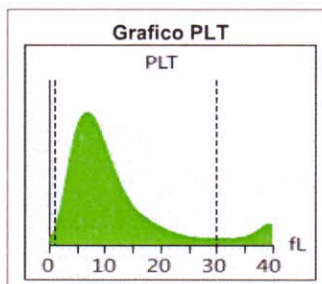
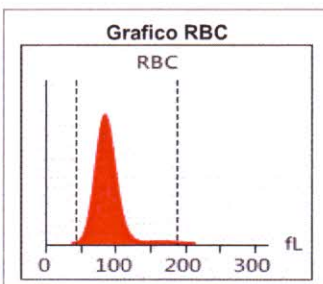
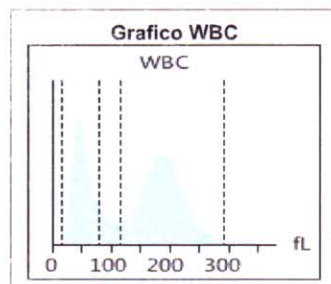
Edad: 32 años 2 meses Sexo: Masculino

Cliente: DRA. VIVIANA OCHOA (ALDIA LOGISTIC)

Fecha de ingreso: 2023-04-04 9:00AM GMT-05

### Informe de resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRIA HEMATICA COSTA			
Glóbulos Blancos	9.1	$10^3/\mu\text{L}$	4.28 - 9.87
Linfocitos (%)	33.3	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	60.6	%	55 - 65
Linfocitos (#)	3.0	$10^3/\mu\text{L}$	1 - 4.4
Neutrofilos (#)	5.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.6 - 7
Recuento de Glóbulos Rojos	↑ 5.41	$10^6/\mu\text{L}$	3.92 - 5.13
Hemoglobina	16.4	g/dL	13.2 - 16.6
Hematocrito	46.5	%	38.3 - 48.6
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	85.9	$\mu\text{m}^3$	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.3	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	35.2	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	12.7	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	38.8	$\mu\text{m}^3$	
Plaquetas	260	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Plaquetocrito	0.26	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.1	$\mu\text{m}^3$	7.4 - 11
Indice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.2	%	10 - 18



Método: CBC-IMI Automatizado

#### TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)

Grupo Sanguíneo

O

Factor Rh

Positivo

Método: Aglutinación

**CIDMEDSALUD S.A.**

Av. Mariana de Jesús Oe7-02 Edificio CITIMED

Consultorios 308, 334, 335, Oficinas 212

[info@cidmedsalud.com](mailto:info@cidmedsalud.com)/[www.cidmedsalud.com](http://www.cidmedsalud.com)

026007219/0995844677/PF. 2022-Z09-0145277

**BIOQUÍMICA**

Glucosa	82.8	mg/dL	70 - 100
---------	------	-------	----------

**Método:** Fotometría Automatizada**COPROANÁLISIS****COPROPARASITARIO****EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO**

Color	Café
Aspecto	Heterogéneo
Consistencia	Pastosa
Restos Alimenticios	+
Moco	Escaso

**EXAMEN COPROLÓGICO**

Grasas Neutras	+
Almidones	+
Levaduras	+
Micelio de Hongo	No se observan
Hifas	No se observan
Eritrocitos	0-1
Leucocitos	0-1
Microbiota	Normal

**EXAMEN COPROPARASITARIO**

Parásitos	No se observan
-----------	----------------

**Método:** Microscopía



**CIDMEDSALUD S.A.**

Av. Mariana de Jesús Oe7-02 Edificio CITIMED

Consultorios 308, 334, 335, Oficinas 212

info@cidmedsalud.com/www.cidmedsalud.com

026007219/0995844677/PF. 2022-Z09-0145277

**UROANÁLISIS****ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA****EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO**

Color	Amarillo	
Aspecto	Transparente	
Densidad	1030	
pH	5.0	
Leuco	Negativo	Leuco/uL
Nitritos	Negativo	
Proteínas	Negativo	mg/dL
Glucosa	Negativo	mg/dL
Cuerpos Cetónicos	Negativo	mg/dL
Urobilinógeno	Negativo	mg/dL
Bilirrubinas	Negativo	
Sangre	Negativo	Ery/uL
Hemoglobina	Negativo	Ery/uL

**EXAMEN MICROSCÓPICO**

Células Bajas	0-1	/ Campo
Células Altas	0-1	/ Campo
Leucocitos	0-1	/ Campo
Eritrocitos	0-1	/ Campo
Moco	Escaso	
Bacterias	Escasas	

**Método:** Microscopía**ENFERMEDADES INFECCIOSAS****VDRL**

No reactivo

LA PRUEBA DE V.D.R.L (VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY) NO ES UN ESTUDIO CONFIRMATORIO. PARA CORROBORAR EL RESULTADO SE RECOMIENDA REALIZAR FTA-ABS (PRUEBA DE ABSORCIÓN DE ANTICUERPOS TREPONEMICOS FLUORESCENTES EN SANGRE) COMO PRUEBAS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. TODO ESTO JUNTO CON LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

**Método:** Aglutinación**IMAGENOLOGÍA****RX AP Y L DE COLUMNA LUMBOSACRA**

RX Ver adjunto

**RX AP Y L DE TORAX**

RX Ver adjunto

**MEDICINA Y PROCEDIMIENTOS****AUDIOMETRIA**

AUDIOMETRIA Ver adjunto

**ELECTROCARDIOGRAMA**

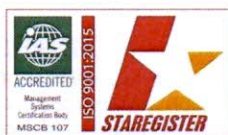
ELECTROCARDIOGRAMA Ver adjunto

**VISIOMETRIA**

VISIOMETRIA Ver adjunto

**Validado por:**





## CIDMEDSALUD S.A.

Av. Mariana de Jesús Oe7-02 Edificio CITIMED

Consultorios 308, 334, 335, Oficinas 212

[info@cidmedsalud.com](mailto:info@cidmedsalud.com)/[www.cidmedsalud.com](http://www.cidmedsalud.com)

026007219/0995844677/PF. 2022-Z09-0145277

Resultados



---

### Jaime Sojo Lafaurie. Bq. Esp. MSc.

Bioquímico clínico - Diplomado Citología

Especialista en SSO /Calidad/Ambiente

Especialista en Toxicología Lab

Especialista en Psicosociología

Acrd. Intl Medicina del Trabajo

Msc. Administración de Inst. de Salud

Doctorando en Salud Pública

**MSP: 1755766753 RS: 1027-15-1354115**



# Centro de Investigación y Diagnóstico Médico

Medicina Ocupacional, Medicina Especializada y Estudios Diagnósticos

Av. Mariana de Jesús Oe7-02 y Nuño Valderrama. Edf. CITIMED.

[cid.med@outlook.com](mailto:cid.med@outlook.com) - 6007219/0995844677

## CONTROL VISUAL OCUPACIONAL

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	ABRIL MOYA JAIME ISRAEL		
EDAD:	32 AÑOS	FECHA DE ATENCIÓN:	04/04/2023
LENTES:	NO USA	EMPRESA:	ALDIA LOGISTIC

ANTECEDENTES: NINGUNO.

### 2. VALORACION VISUAL

ESTUDIO	RESULTADO				REFERENCIA	
TEST DE VISIÓN BINOCULAR (VC)	APTO				APTO: SI TIENE VISION BINOCULAR DE CERCA NO APTO: TIENE VISION MONOCULAR (DEFINIR SI ES IZQ O DER)	
TEST DE VISIÓN BINOCULAR (VL)	APTO				APTO: SI TIENE VISION BINOCULAR DE LEJANA NO APTO: TIENE VISION MONOCULAR (DEFINIR SI ES IZQ O DER)	
TEST DE EVALUACIÓN DE FORIAS	CORRECTO				CORRECTO: TEST NORMAL INCORRECTO: SE DETERMINA UNA FORIA O ESTRABISMO (REMITIR A OFTALMOLOGO)	
TEST DE PERCEPCIÓN DE COLORES	CORRECTO				CORRECTO: VISION NORMAL INCORRECTO: DISCROMATOPSIA, REMITIR A OFTALMOLOGO.	
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL (VC) SIN CORRECCION	OI	7	OD	7	1= 20/200 2= 20/100 3= 20/70 4= 20/50	5= 20/40 6= 20/30 7= 20/20
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL (VL) SIN CORRECCION	OI	7	OD	7	1= 20/200 2= 20/100 3= 20/70 4= 20/50	5= 20/40 6= 20/30 7= 20/20
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL (VC) CON CORRECCION	OI	-	OD	-	1= 20/200 2= 20/100 3= 20/70 4= 20/50	5= 20/40 6= 20/30 7= 20/20
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL (VL) CON CORRECCION	OI	-	OD	-	1= 20/200 2= 20/100 3= 20/70 4= 20/50	5= 20/40 6= 20/30 7= 20/20
DIAGNOSTICO AGUDEZA VISUAL	Dx: CORRECTO		Dx: CORRECTO		CORRECTO: EMETROPE VISION NORMAL INCORRECTO: AMETROPE DEFICIENCIA VISUAL SE RECOMIENDA USO DE LENTES	
TEST DE CAMPOS VISUALES	CORRECTO				CORRECTO: CAMPO VISUAL NORMAL INCORRECTO: CAMPO VISUAL ANORMAL.REMITIR AL OFTALMOLOGO.	
PRUEBA DE MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES					
PRUEBA DE REFLEJOS PUPILARES	REFLEJOS PUPILARES NORMALES					

VC= VISIÓN CERCANA

VL= VISIÓN LEJANA

Dx= DIAGNÓSTICO

OI=OJO IZQUIERDO

OD= OJO DERECHO

CONCLUSIÓN: PACIENTE EMETROPE.

Miguel Pita Vera  
Médico Ocupacional  
1718084989

PROFESIONAL RESPONSABLE





**Centro de Investigación y Diagnóstico Médico**  
**Medicina Ocupacional, Medicina Especializada**  
**Estudios Diagnósticos**

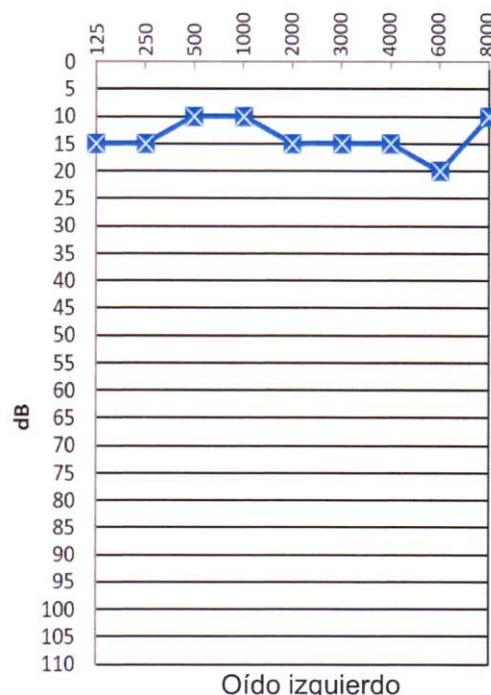
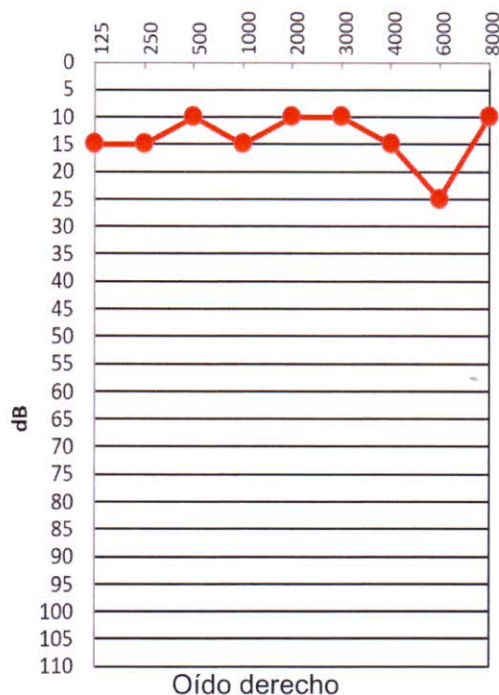
Av. Mariana de Jesús OE7-02 y Nuño de Valderrama - cid.med@outlook.com  
6007219/0999908500 - www.cidmedsalud.com



## REPORTE AUDIOMÉTRICO

Nombre	ABRIL MOYA JAIME ISRAEL				
Identificación	1724600125	Género	Masculino	Edad	32 años
Tipo de estudio	Ingreso	Empresa	ALDIA LOGISTIC		

### AUDIOMETRÍA TONAL



#### Escala ELI, pérdida corregida en 4000 Hz (evaluación en caso de trauma sonoro)

ELI OD: 12 dB

ELI OI: 12 dB

B – Buena

B – Buena

#### Índice SAL, pérdida promedio en 500,1000,2000 Hz (frecuencias conversacionales)

SAL OD: 11.7 dB

SAL OI: 11.7 dB

Índice SAL: Grado A

#### Conclusiones:

Audiometría: Audición normal bilateral.

Índice SAL: Los dos oídos están dentro de límites normales, sin dificultades en conversaciones con voz baja.

Escala ELI: Normal

Miguel Pita Vera  
Médico Ocupacional  
1718084989

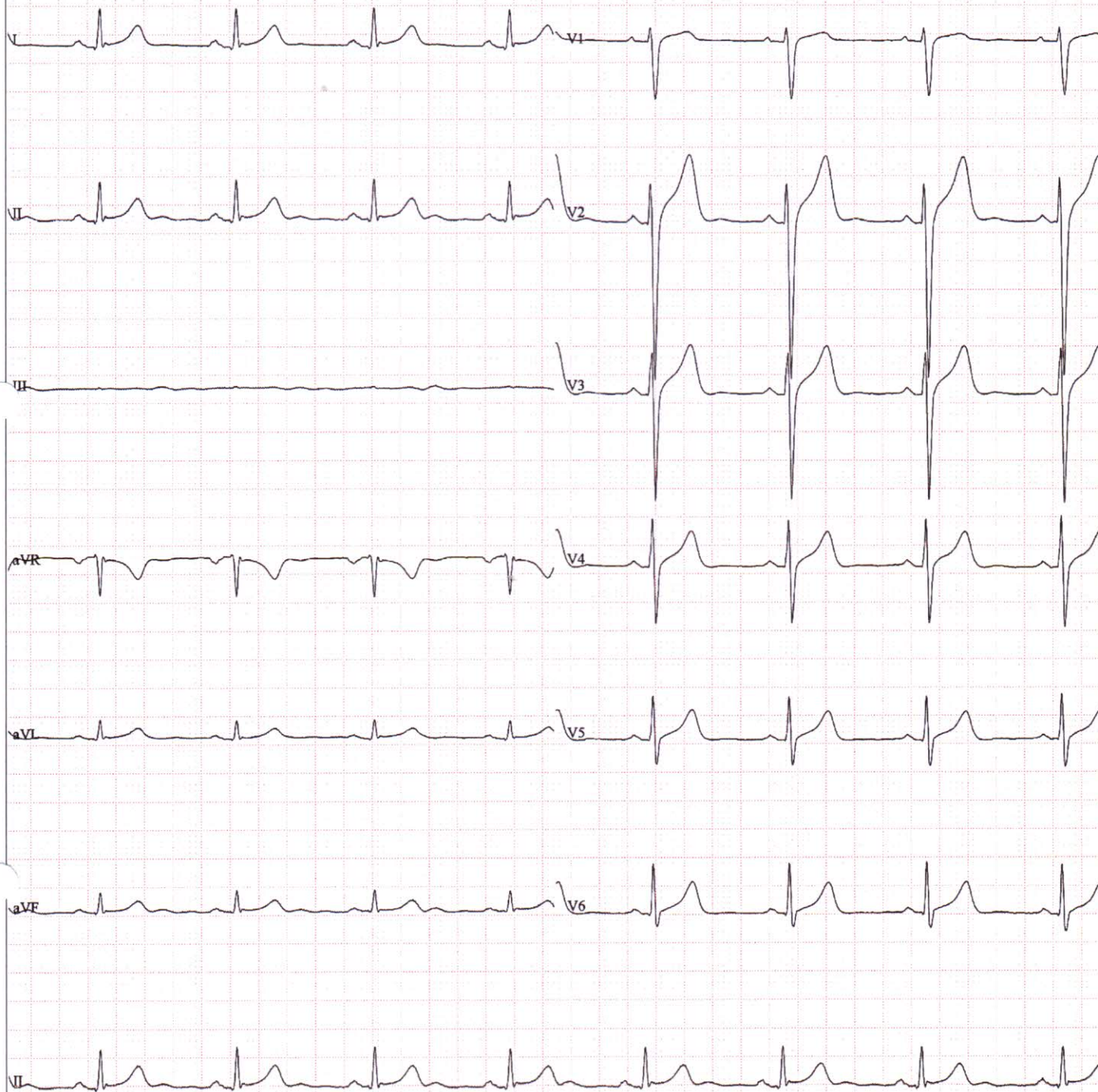
Fecha	04/04/2023	Evaluador	Dr. Miguel Pita Vera	
-------	------------	-----------	----------------------	--



**Centro de Investigación y Diagnóstico Médico**  
**Medicina Ocupacional, Medicina Especializada**  
**Estudios Diagnósticos**

Av. Mariana de Jesús OE7-02 y Nuño de Valderrama - cid.med@outlook.com  
6007219/0995844677 - www.cidmedsalud.com

NOMBRE	ABRIL MOYA JAIME ISRAEL
CÉDULA	1724600125
EDAD	32 años
GÉNERO	Masculino
FECHA	04/04/2023



Frecuencia:	1000 Hz	Intervalo PR:	144 ms
Tiempo de muestra:	23 s	Intervalo QT:	408 ms
FC:	61 lpm		
Intervalo P:	96 ms		
Intervalo QRS:	98 ms		
Intervalo T:	198 ms		

**Conclusión:**

Eje cardíaco entre 30 y 90 grados (normal)  
Ritmo cardíaco normal (sinusal).  
No alteraciones de onda T ni segmento ST.  
No signos de bloqueos, ni crecimiento de cavidades.  
Repolarización precoz, a correlacionar con antecedentes.

RESPONSABLE

Dra. Patricia Heredia

  
**Dra. Patricia Heredia**  
**MEDICINA INTERNA**  
**0503160400**





**ESTUDIO:** RAYOS X COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL  
**NOMBRE:** JAIME ISRAEL ABRIL MOYA  
**DOCUMENTO:** CC 1724600125  
**EDAD:** 32 AÑOS  
**FECHA ESTUDIO:** 2023-04-04  
**MÉDICO TRATANTE:** CIDMEDSALUD S.A

**DESCRIPCIÓN:**

Rectificación de la curvatura fisiológica por probable contractura muscular.

Adecuada alineación entre los diferentes segmentos vertebrales que conforman la columna lumbar.

No hay evidencia de listesis.

Se observa discreta curva de rotoescoliosis de convexidad derecha.

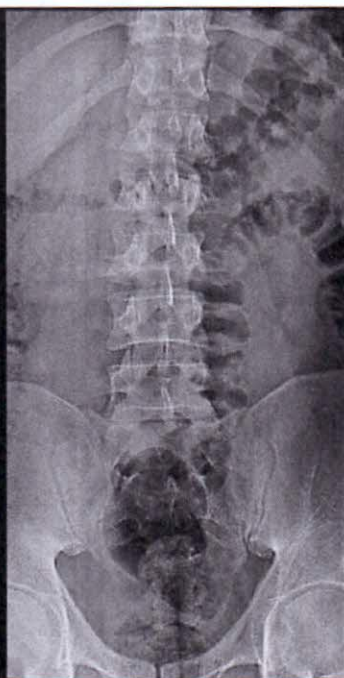
Informe firmado electrónicamente por:

**Dr. Eduardo Guzmán Nuñez**

**Médico Radiólogo**

**No. registro: msp 5313**

**Fecha y hora de firma: 04-04-2023 16:43**









ESTUDIO: RAYOS X ST TORAX  
NOMBRE: JAIME ISRAEL ABRIL MOYA  
DOCUMENTO: CC 1724600125  
EDAD: 32 AÑOS  
FECHA ESTUDIO: 2023-04-04  
MÉDICO TRATANTE: CIDMEDSALUD S.A

## **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PROYECCIÓN POSTERO ANTERIOR**

### **DESCRIPCIÓN:**

La tráquea es central.

Silüeta cardiaca e índice cardiorácico dentro de límites normales.

No se observan imágenes que sugieran procesos consolidativos, infiltrativos o imágenes nodulares.

Ángulos costo y cardiofrénicos libres.

Ambos hemidiafragmas de adecuada situación.

Informe firmado electrónicamente por:

**Dr. Eduardo Guzmán Nuñez**

**Médico Radiólogo**

**No. registro: msp 5313**

**Fecha y hora de firma: 04-04-2023 16:42**



