



491

Secretaría Distrital de Salud
Laboratorio de Salud Pública
Área de VIGILANCIA DEL AMBIENTE Y DEL CONSUMO
Carrera 32 No. 12-81 Teléfono PBX 3649090
Extensiones 9938/9937/9928/9929
Resultado Analítico para MUESTRAS BIOLÓGICAS

Número Radicado: 2016-142018818052

No Consecutivo: 18052

INSTITUCIÓN SOLICITANTE		IDENTIFICACION	
Nombre del paciente	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL	Fecha análisis	17/05/2016
Género	ESTELA ISABEL HOYOS ARCIA	Fecha resultado	12/07/2016
Edad	Femenino	Identificación	50977573
Dirección	51	Ocupación	SIN DATO
	Sin Dato	Teléfono	Sin Dato

ANÁLISIS TOXICOLÓGICO			
Análisis	Niquel	Cualitativo	
Cuantitativo	6 ug/L	Muestra	SANGRE
Técnica	A.A. HGRA	Valores de referencia	Niquel en Sangre Estudio LSP -2016 18 ug/L
Valores de referencia 2	Niquel en Sangre Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec de <0.59 ug/L		
Análisis	Niquel	Cualitativo	
Cuantitativo	19 ug/L	Muestra	ORINA
Técnica	A.A. HGRA	Valores de referencia	Niquel en Orina población general Estudio LSP -2016 5.13 ug/L
Valores de referencia 2	Niquel en Orina Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec de 1.78 ug/L		
Observaciones			

Angela Patricia Pérez

Angela Patricia Pérez
Profesional que Analiza
TOXICOLÓGICO

Luz Adriana Ruiz Pérez

Luz Adriana Ruiz Pérez
Segunda Firma TOXICOLÓGICO

El Laboratorio de Salud Pública se responsabiliza exclusivamente de los análisis practicados a la muestra recepcionada.
La información consignada en el resultado del ensayo, corresponde a la registrada en el acta de toma de muestra.
El Informe no se debe reproducir sin aprobación previa del Laboratorio

Final del Informe de ensayo

Martes, 27 de Septiembre de 2016

Página 1 de 1

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NÍQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELÍBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR; DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA. AÑO 2016



FORMATO DE RUTA DE SEGUIMIENTO AL INDIVIDUO

LA INFORMACIÓN DILIGENCIADA EN ESTE FORMATO, CORRESPONDE A LA RUTA DE SEGUIMIENTO AL INDIVIDUO EN EL PROCESO DE: RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN EN GENERAL, EXÁMEN MÉDICO, NOTIFICACIÓN DEL PACIENTE, TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN SANGRE Y ORINA, TOMA DE REGISTROS FOTOGRÁFICOS Y TOMAS DE RADIOGRAFÍAS

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS:

No. CASO

Estela Isabel Hoyos Arcia

102

SIGNOS VITALES:

T.A. 162/96

F.C. 87

F.R. 20

T(°C) 36.6

%SpO2 96

Peso: 65.7

Kg

Talla: 1.54 m

RUTA DE SEGUIMIENTO

1. Responsable de registro de pacientes

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

2. Responsable de consentimiento informado y signos vitales

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

3. Responsable de la valoración médica

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

4. Requiere registro fotográfico(s) de la(s) lesión(es)?

Si 1 No X

Región anatómica y cantidad _____

5. Responsable de la toma del registro fotográfico

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

6. Responsable de toma de radiografía(s)

Región anatómica y cantidad

torax Pa lateral

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

7. Responsable de toma de muestras de sangre y orina

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

8. Responsable de aplicación de encuesta

[Signature]
Vo.Bo / o Firma del responsable

OBSERVACIONES:

POR MEDIO DE ESTE FORMATO LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD PERTENECIENTES AL INMLCF, DILIGENCIARÁN LA INFORMACIÓN CONCERNIENTE AL SEGUIMIENTO AL PACIENTE EN EL TRABAJO DE CAMPO

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE
EXÁMENES CLÍNICO-FORENSES, VALORACIONES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS FORENSES
Y OTROS PROCEDIMIENTOS FORENSES RELACIONADOS**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NUMERO DE RADICACIÓN DEL CASO: 487

2. FECHA: 2016 04 25 0:10
AAAA MM DD Hora (formato 24 horas)

3. DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:
 INSTITUCIÓN: Corte Constitucional

NOMBRE: Alberto Lopez Rin OFICIO No.: T-4. 126.394
CARGO O CALIDAD: Registrado

4. NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE LE REALIZA EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) FORENSE(S):
Estela Isabel Hoyos Arcia 5. SEXO: F M

Nombres Primer Apellido Segundo apellido

6. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN CASO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MENORES O PERSONAS EN
 CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O COGNITIVA):
Estela Isabel Hoyos Arcia
Nombres Primer Apellido Segundo apellido

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO:
 Yo, Estela Isabel Hoyos Arcia
 una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, y las consecuencias posibles que se derivarían de la negativa para realizarlos, así como de las posibles complicaciones que puedan derivarse del procedimiento a realizar, otorgo en forma libre mi consentimiento. Si No

A: INML- CF
Nombre de la Entidad que realiza el procedimiento

para la realización de los procedimientos forenses de:
Valoración Pericial
Consiguar el (los) tipo(s) de procedimiento(s) a realizar

quienes se comprometen a mantener la confidencialidad de la información obtenida de acuerdo con lo establecido en la Ley.

II. AUTORIZACIÓN DE LA PRESENCIA DE PERSONAS EN ENTRENAMIENTO FORENSE DURANTE EL PROCEDIMIENTO (Si aplica).
 Autorizo la presencia de las siguientes personas en entrenamiento forense durante la realización del (los) procedimiento(s) antes mencionados:
N/A

III. AUTORIZACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS Y OTROS: Autorizo realizar, como parte de los procedimientos forenses:

- Si No La toma de muestra de sangre.
- Si No La toma de otras muestras biológicas o fluidos corporales.
- Si No La toma de radiografías.
- Si No La toma de impresiones dentales.
- Si No La toma de registros de mordida.
- Si No Registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen.
- Si No Registro en video.
- Si No OTROS: Especifique: _____

IV. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL E INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS:

Autorizo el uso del material obtenido y de la información derivada, con fines académicos, en el marco del respeto de la dignidad humana y garantizando mi anonimato. Si No

V. AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL EN ESTUDIOS GENÉTICOS POBLACIONALES (Si aplica)

Autorizo la utilización de mi perfil genético, desligado de mis datos personales (nombre y otros datos individualizantes), como información anónima en estudios genéticos poblacionales. Si No

OBSERVACIONES: _____

Declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo

FIRMA: [Firma]



Formato: Instrumento de recolección de datos y de examen médico

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA. AÑO 2016

CONFIDENCIALIDAD: Los datos solicitados en este instrumento son confidenciales. Serán usados únicamente para efectos de análisis e investigación, no se publicará información en forma individual.



MEDICINA
LEGAL
CIENCIAS
FORENSES

1. Fecha 2. Caso
DD AA MM

I. INFORMACIÓN GENERAL

3. Nombres y apellidos Estela Isabel Hoyos Arcia

4. Edad 5. Fecha de nacimiento
(cumplidos) Años Meses

5.1 Lugar de nacimiento planeta Rica (coord.) 6. Sexo Masculino Femenino

7. Tipo de documento de identificación C.C. T.I. R.C. NUIP Otro Ninguno

8. Número de identificación 50.977.573 de planeta Rica

9. Teléfono 321 5394126 11. Nombre de (EPS/IPS) Saludcoop EPS-C
 EPS-S

10. Tipo de aseguramiento al SGSSS: Contributivo 2 Subsidiado (Sisben) 3 Especial 4 No Asegurado

12. Pertenencia étnica: Indígena Afrocolombiano

13. Comunidad: puerto Colombia

14. Escolaridad: último día de escolaridad
 Preescolar Post secundaria no superior
 Primaria Superior
 Secundaria Incompl. No aplica
 Ninguno

15. Estado civil Soltero/a Unión Libre 4 Viudo/a No aplica
 Casado/a Separado/a, Divorciado/a

16. ¿Cuál es su ocupación actual? Ama de casa

II. EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

17. Sitios de residencia (Favor diligenciar del actual al más antiguo)

Comunidad	Municipio	Dirección	Zona		Tiempo		Distancia de la mina (Km)
			Urbano	Rural	Años	Meses	
1 Puerto Colombia	San José de Uré	alado de papa cuabeta	X		5		4.9.
2 Puerto Colombia	San José de Uré	Finca la catedral		X	11		4.9
3 Tomo Pojo	Puerto Libertador	Las Calabecas.		X	7		5.
	Planeta Rica	Barrío la Pinaricúta	X		28		

18. ¿Ha trabajado o trabaja como contratista o empleado de la mina de Cerro Maluso en funciones directamente relacionadas con la extracción y/o procesamiento del ferróniquel?

Si No

19. ¿Alguno de sus familiares o personas con quien habita, trabaja o ha trabajado como contratista o empleado en la mina de Cerro Maluso en funciones directamente relacionadas con la extracción y/o procesamiento del ferróniquel?

Si No

Formato: Instrumento de recolección de datos y de examen médico

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA, AÑO 2016

III. MEDIDAS SANITARIAS

20. Su vivienda se encuentra ubicada cerca de

- 20.1 Rellenos Sanitarios
- 20.2 Basureros a cielo abierto
- 20.3 Fuentes de agua contaminadas
- 20.4 Canales de aguas negras
- 20.5 Plantas de tratamiento de aguas residuales
- 20.6 Plazas de mercado o maladeros
- 20.7 Ninguno de los anteriores

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

21. ¿A cuáles servicios públicos tiene acceso?

- | | | | | | |
|-----------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|---|
| 21.1 Recolección de basuras | Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 21.2 Alcantarillado | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 21.3 Energía Eléctrica | Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 21.4 Teléfono | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 21.5 Acueducto | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 21.6 Gas natural | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | |

22. Como eliminan principalmente la basura en su hogar?

- 22.1 La recogen los servicios de aseo
- 22.2 La queman
- 22.3 La entierran
- 22.4 La tiran al río, caño, quebrada o laguna
- 22.5 La tiran al patio, lote o zanja o baldío
- 22.6 La recoge un servicio informal (Zorra, carreta, etc)

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

23. Tiempo de almacenamiento de la basura en la casa

- 23.1 (1-3 días)
- 23.2 (4-7 días)
- 23.3 (> 7 días)

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

24. ¿En su sitio de residencia cómo eliminan los desechos sanitarios (excretas)?

- 24.1 Inodoro conectado al alcantarillado
- 24.2 Inodoro conectado a pozo séptico
- 24.3 Inodoro sin conexión
- 24.4 Letrina
- 24.5 Bajamar
- 24.6 Ambientes exteriores
- 24.7 Directamente en río o afluentes

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

25. El servicio sanitario esta ubicado:

- 25.1 Dentro de la vivienda
- 25.2 Fuera de la vivienda

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

26. De donde proviene el agua con la que usted se baña el cuerpo?

- 26.1 Acueducto publico
- 26.2 Acueducto comunal o veredal
- 26.3 Pozo con bomba
- 26.4 Pozo sin bomba, aljibe
- 26.5 Agua lluvia
- 26.6 Rio, quebrada, manantial, nacimiento

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

27. ¿Cuántas veces al día se lava las manos?

Aproximadamente

28. ¿Cuántas veces se baña el cuerpo al día?

Aproximadamente

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR; DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA. AÑO 2016

IV. HÁBITOS ALIMENTICIOS

29. El agua para preparar los alimentos la obtienen principalmente de:

- 29.1 Acueducto publico
- 29.2 Acueducto comunal o veredal
- 29.3 Pozo con bomba
- 29.4 Pozo sin bomba, aljibe
- 29.5 Agua lluvia
- 29.6 Rio, quebrada, manantial, nacimiento
- 29.7 Pila publica
- 29.8 Carrotanque
- 29.9 Aguatero
- 29.10 Agua embotellada o en bolsa

30. Utilizan algún sistema de almacenamiento de agua?

- 30.1 Tanque cubierto
- 30.2 Tanque descubierta
- 30.3 Baldes o tinas
- 30.4 Pozos
- 30.5 Otro
- 30.6 Ninguno

31. Utiliza algún tipo de método para limpiar el agua que consume (potabilizar) ?

- 31.1 La usa tal como la obtiene
- 31.2 La hierve
- 31.3 Le echa cloro
- 31.4 Le echa azufre
- 31.5 Le echa yodo
- 31.6 La deja reposar (decantar)
- 31.7 Utiliza filtro
- 31.8 Otro

¿Cual? _____

32. El agua utilizada para preparar los alimentos presenta: (puede marcar varias opciones)

- 32.1 Sedimentos (residuos)
- 32.2 Mal Sabor
- 32.3 Mal Olor
- 32.4 Mal Color
- 32.5 Ninguna de las anteriores

33. Consume usted pescado?

Si No 2

34. Donde consigue el pescado que usted consume?

- 34.1 Comprado en el mercado
- 34.2 Rio San Jorge y afluentes
- 34.3 Criadero de peces
- 34.4 No sabe

35. Con qué frecuencia consume pescado?

- 35.1 A diario
- 35.2 Una vez por semana
- 35.3 De 2 a 4 veces por semana
- 35.4 Una vez cada 15 días
- 35.5 Una vez cada mes

Formato: Instrumento de recolección de datos y de examen médico

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA. AÑO 2016

42. Actualmente presenta alguna manifestación física que aqueje su estado de salud?

Cuadro de 4 años de evolución consistente en dolor en fosa ilíaca izquierda irradiado a hipogastrio, en manejo con medicamentos de medicina alternativa y dieta

VII. REVISIÓN POR SISTEMAS

43. Presenta algún problema a nivel de piel?

Rasquiña en piel

Aparición de lesiones en piel

Brotos

Áreas de engrosamiento de la piel

44. Presenta algún problema a nivel orofaríngeo?

Rinorrea

Úlceras en la nariz

Nariz tapada

Estornudos

Rasquiña en la nariz

Perdida del olfato

Úlceras en la boca

Dolor de garganta

45. Presenta algún problema a nivel ocular?

Irritación de los ojos

Inflamación de párpados

Rasquiña ocular

Lagrimeo

46. Presenta algún problema a nivel gastrointestinal?

Dolor abdominal

Diarrea

Constipación

Vómito

Nausea

47. Presenta algún problema a nivel cardiorespiratorio?

Tos

Palpitaciones

Dolor en el pecho

Sensación de ahogo - asfixia

48. Presenta algún problema a nivel genitourinario?

Descargas genitales inusuales

Prurito / Ardor

Lesiones mucosas o cutáneas

Formato: Instrumento de recolección de datos y de examen médico

ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA, AÑO 2016

49. Presenta algún otro problema a nivel sistémico?

Fatiga - Cansancio inusual
Pérdida de peso
Sudoración nocturna

50. Presenta algún otro problema a nivel neurológico?

Dolor de cabeza
Convulsiones
Vértigo

Descripción:

51. ¿Ha asistido a consulta médica previamente por estos síntomas? SI No

¿Dónde consultó? Clinica matelibano.

VIII. EXÁMEN FÍSICO

52. Signos vitales y datos clínicos

T.A. 62/96 F.C. 87 F.R. 20 T(°C) 36,6 %SaO2 96
Peso: 65,7 Kg Talla: 154 m

53. Examen físico general

Orofaringe (cabeza, cuello, nariz, boca, faringe, oídos) Sin hallazgos Significativos

Ocular

Sin hallazgos Significativos

Cardiorrespiratorio

Sin hallazgos Significativos

Gastrointestinal

leve dolor a la palpación en flanco izquierdo
no masas, no megalias

Genitourinario

Sin hallazgos Significativos

Neurológico

Sin hallazgos Significativos

Piel y faneras

Sin hallazgos Significativos

Formato: Instrumento de recolección de datos y de examen médico
ESTUDIO PERICIAL DE EXPOSICIÓN A NIQUEL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS DE MONTELIBANO, SAN JOSÉ DE URÉ Y PUERTO LIBERTADOR, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA. AÑO 2016

Extremidades Sin hallazgos Significativos

IX. DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

54. Diagnóstico Presuntivo
- | | | |
|----------------|---|-------------------------------------|
| Diagnóstico 1: | Paciente con síntoma referido y con hallazgo físico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diagnóstico 2: | Paciente con síntoma referido y sin hallazgo físico | <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico 3: | Paciente sin síntoma referido y con hallazgo físico | <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico 4: | Paciente sin síntoma referido y sin hallazgo físico | <input type="checkbox"/> |

X. OTROS

57. Paciente es remitido? No Si 2
58. Requiere registro fotográfico(s) de la(s) lesión(es)? No Si 2 ¿De dónde? _____
58. ¿Requiere toma de radiografías? No 1 Si

OBSERVACIONES:

Nombre del médico Christine Jarvis
Firma y Sello: 