

Apellidos y Nombres: **William Ruperto Gonzales Lima**

Edad: **32** años

Empresa: **CERTIMIN SA**

Puesto: **ABSORCION ATOMICA**

1. Antecedentes Músculo - Esquelético

¿Presenta Antecedentes? ☐ Si ☒ No Descripción **Sin Antecedentes.**

2. Análisis de la labor que realiza. (sólo aplica en exámenes periódicos)

Postura Sentado (%) **90** Postura de Pie (%) **10** ¿Postura forzada? ☐ Si ☒ No

¿Movimiento manual de carga? ☐ Si ☒ No Método de Carga Ninguno Peso de Carga **0** Kg

¿Movimiento repetitivos ? ☐ Si ☒ No Usuario de pantalla (PVD) ☒ Si ☐ No Horas al Día **4** Hrs

3. AnáAv. 6 de Agosto # 1115 - Jesús Maríalisis del Dolor

Región	Dolor				Observaciones
Columna Cervical	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
Columna Dorsal	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
Costo Esternales	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
Costo Condriales	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
Columna Dorsolumbar	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
Columna Lombrosacra	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	

4. Curvaturas Columna Vertebral Bipedestación

Lordis Cervical **Normal** Cifosis Dorsal **Normal** Lordosis Lumbar **Normal**

Escoliosis Lumbar Escofiosis Dorsal **NO** Observaciones

Dolor de Espalda Contractura Muscular

5. Articulación

Articulaciones	Normal	Derecha	Izquierda	Observaciones
Temporo Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>			
Hombro	<input checked="" type="checkbox"/>			
Codo	<input checked="" type="checkbox"/>			
Muñeca	<input checked="" type="checkbox"/>			
Interfalángicas	<input checked="" type="checkbox"/>			
Coxofemoral	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rodilla	<input checked="" type="checkbox"/>			
Tobillo y pie	<input checked="" type="checkbox"/>			

6. Extremidades inferiores - Eje

RODILLA	EJE VARO				EJE VALGO			
Rodilla Derecha	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Rodilla Izquierda	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No
PIE	EJE CAVO				EJE PLANO			
Pie Derecha	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Pie Izquierda	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No

7. Extremidades Test y Signos

TEST	DERECHO		IZQUIERDO	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Test de Phalen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Test de Tinel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Signo de Lasegue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Signo de Bragard	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Extremidades Inferiores - Reflejos

REFLEJO	DERECHO	IZQUIERDO
Rutuliano	Normal	Normal
Aquileo	Normal	Normal

8. Conclusión

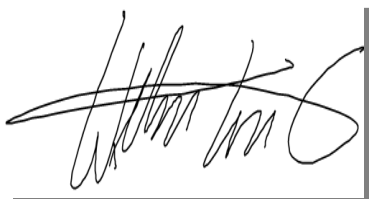
Descripción

Dentro de los parámetros Normales.

Hallazgos

Recomendaciones

9. Aptitud Osteo - Muscular:



Firma Trabajador











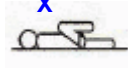
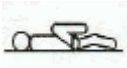




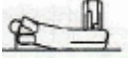

Huella Trabajador















Firma y sello Médico

Apellidos y Nombres:	Gonzales Lima William Ruperto		
Empresa:	CERTIMIN SA	Fecha: 21/08/2014	
N° de Ficha:	N009-SC000010318	N° de H.C:	N009-SR000000585

APTITUD DE ESPALDA

	Excelente :1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Ptos	OBSERVACIONES
ABDOMEN					0	
CADERA					0	
MUSLO					0	
ABDOMEN LATERAL					0	
TOTAL						

RANGOS ARTICULARES

	Optimo :1	Limitado: 2	Muy Limitado: 3	Ptos	Dolor contra resistencia SI / NO
Aducción de hombro (Normal 0° - 180°)				0	NO
Aducción de hombro (0° - 180°)				0	NO
Rotación Externa (0° - 90°)				0	NO
Rotación Externa de Hombro interno				0	NO
TOTAL				0	

CONCLUSIONES: Dentro de los parámetros Normales.

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------	---------	--------------------------

Descripción de las tareas (actividades relacionadas al puesto)									
Actividad que realiza:									
Tiempo de tareas				Tipo de tareas					
N° de horas / día en el trabajo				Movimientos de hombro y cintura escapular					
Esporádico				Movimientos de pronosupinación en codo y/o muñeca					
Continuo: >2h y <4h				Repetidas extensiones y flexiones de muñeca					
Continuo: >4h				Trabajos contra resistencia					
N° de horas / seman en el trabajo				Otros (especificar):					
Ciclo de trabajo				Manipulación manual de cargas					
Largo: > 2 minutos				< de 1 Kg.					
Moderado: >30 segundos - 1 a 2 minutos				Entre 1 Kg. y 3 Kg.					
Corto: hasta 30 segundos				< de 3 Kg.					
COLUMNA VERTEBRAL									
DESVIACIONES DEL EJE LATERAL				DESVIACIONES DEL EJE ANTERO - POSTERIOR			PALPACIÓN		
EVALUACIÓN ESTÁTICA	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda	Normal	Aumentada	Disminuida	Apófisis espinosas dolorosas	Contractura muscular	
Columna cervical				X			NO	NO	
Columna dorsal									
Columna lumbar				X					
MOVILIDAD - DOLOR									
DESVIACIONES DEL EJE LATERAL				DESVIACIONES DEL EJE ANTERO - POSTERIOR			PALPACIÓN		
EVALUACIÓN DINÁMICA	Flexión	Extensión	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación izquierda	Rotación derecha	Irradiación	Alt. Masa muscular	
Columna cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	
Columna dorsal	0	0	0	0	0	0	0	0	
Columna lumbar	0	0	0	0	0	0	0	0	
EVAL. DINÁMICA DE ARTICULACIONES		MOVILIDAD - DOLOR							
		Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rot. Externa	Rot. Interna	Irradiación	Alt. Masa Muscular
Hombro derecho		0	0	0	0	0	0	0	0
Hombro izquierdo		0	0	0	0	0	0	0	0
Codo derecho		0	0	0	0	0	0	0	0
Codo izquierdo		0	0	0	0	0	0	0	0
Muneca derecha		0	0	0	0	0	0	0	0
Muneca izquierda		0	0	0	0	0	0	0	0
Manos y dedos derechos		0	0	0	0	0	0	0	0
Manos y dedos izquierdos		0	0	0	0	0	0	0	0
Cadera derecha		0	0	0	0	0	0	0	0
Cadera izquierda		0	0	0	0	0	0	0	0
Rodilla derecha		0	0	0	0	0	0	0	0
Rodilla izquierda		0	0	0	0	0	0	0	0
Tobillo derecho		0	0	0	0	0	0	0	0
Tobillo izquierdo		0	0	0	0	0	0	0	0
PUNTUACIÓN DE REFERENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)					DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas				Dentro de los parámetros Normales.				
Grado 1	Contractura y/o dolor a la movilización								
Grado 2	Grado 1 más dolor a la palpación y/o percusión				DIAGNÓSTICO				
Grado 3	Grado 2 más limitación funcional evidente clínicamente								
Grado 4	Dolor en reposo								
VALORACIÓN		APTO	X	NO APTO		EN OBSERVACIÓN			
RECOMENDACIONES									
Firma y huella del trabajador					Firma y huella del médico				
