

DATOS DEL TRABAJADOR		Fecha: 13/07/2018 14:00
Nombre y apellidos:	SALVATIERRA DE RIOS MARGARITA YOLANDAxx	Edad: 40 años
Lugar de trabajo:	MINERA LA ZANJA S.R.L.	
Puesto de trabajo:		

1. CUESTIONARIO DE SINTOMAS (comentar si tiene relación o no con el puesto de trabajo)						
RESPONDA EN TODOS LOS CASOS			RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS			
Ha tenido problemas (dolor, aumento de volumen, curvaturas, etc.) en los 12 meses, a nivel de:			Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo (en casa, o fuera) por causa del problema:		Ha tenido problemas en los últimos siete días:	
Nuca / Cuello:	Si	No	Si	No	Si	No
Hombros:						
Hombro Derecho	Si	No	Si	No	Si	No
Hombro Izquierd	Si	No	Si	No	Si	No
Ambos hombros:	Si	No	Si	No	Si	No
Codos:						
Codo Derecho:	Si	No	Si	No	Si	No
Codo Izquierdo :	Si	No	Si	No	Si	No
Ambos Codos:	Si	No	Si	No	Si	No
Muñecas / Manos:						
Derecha:	Si	No	Si	No	Si	No
Izquierda :	Si	No	Si	No	Si	No
Ambos:	Si	No	Si	No	Si	No
Columna Dorsal:	Si	No	Si	No	Si	No
Columna Lumbar	Si	No	Si	No	Si	No
Caderas:						
Derecha:	Si	No	Si	No	Si	No
Izquierda :	Si	No	Si	No	Si	No
Rodillas:						
Derecha:	Si	No	Si	No	Si	No
Izquierda :	Si	No	Si	No	Si	No
Tobillos/Pies:						
Derecha:	Si	No	Si	No	Si	No
Izquierda :	Si	No	Si	No	Si	No

EXAMEN FÍSICO			
COLUMNA VERTEBRAL			
Inspección EJE ANTERO POSTERIOR (marque con una X, y/o comente)			
<u>Curvas Fisiológicas (ant-post)</u>	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			
<u>EJE LATERAL</u>			
Eje Lateral	Normal	Concavidad Derecha	Concavidad Izquierda
Dorsal			
Lumbar			

MOVILIDAD-DOLOR (valorar según tabla1)

Columna Vertebral	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación Derecha	Rotación Izquierda	Irradiación
Cervical							
Dorso Lumbar							

TEST ESPECÍFICOS

LASEGUE	Derecha:	NEGATIVO	
	Izquierda :	NEGATIVO	
SCHOBER	Derecha:	NEGATIVO	
	Izquierda :	NEGATIVO	

PALPACIÓN (marque con una X)

	Apófisis Espinosas Dolorosas	Contractura Muscular
Columna Cervical	NO	NO
Columna Dorsal	NO	NO
Columna Lumbar	NO	NO

ARTICULACIONES: movilidad y dolor (valor según tabla 1)

Articulación		Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotación Externa	Rotación Interna	Irradiación	Alter. masa
Hombro	Derecha:								
	Izquierda								
Codo	Derecha:								
	Izquierda								
Muñecas	Derecha:								
	Izquierda								
Cadera	Derecha:								
	Izquierda								
Tobillo	Derecha:								
	Izquierda								
Rodilla	Derecha:								
	Izquierda								

TEST ESPECÍFICOS

TEST DE PHALEN	Derecha:	NEGATIVO		
	Izquierda :	NEGATIVO		
TEST DE TINEL	Derecha:	NEGATIVO		
	Izquierda :	NEGATIVO		
		Varo	Valgo	Normal
CODO	Derecha:			
	Izquierda :			
PIE	Derecha:			
	Izquierda :			

TABLA 1. Signos y síntomas

Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Existencia de sintomatología sugestiva y/o dolor en reposo.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
Grado 4	Grado 3 más limitación Funcional evidente clínicamente.

DIAGNOSTICO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES

CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO ANUAL.

Fecha: 13/07/2018 1

Médico Evaluador (CMP)