

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 14/08/2024 HORA 16:41:50

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|   |                          |              |                |
|---|--------------------------|--------------|----------------|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                          |              |                |
| NOMBRE DYLAN EMILIANO RODRIGUEZ PEÑARANDA       |                          |              |                |
| RC : 1094068281                                 | DE CUCUTA                | GENERO       | M              |
| EDAD 2  | F. NACIMIENTO 26/10/2021 | LUGAR CUCUTA | RH AB+         |
| DIRECCION BARRIO GALAN - VILLA DEL ROSARIO      |                          | ESTRATO      | 3              |
| TELEFONO 3209292672                             | ESTADO CIVIL SOLTERO(A)  |              |                |
| NIVEL EDUCATIVO PRIMARIA                        |                          | 0            | AREA OPERATIVA |
| CARGO DISCAPACITADO                             |                          | HIJOS 0      | RESPONDE       |
| EPS OTRO  | ARL                      | AFP          |                |

### ANTECEDENTES LABORALES

|        |            |            | EXPOSICION A RIESGOS |    |    |    |    |    |
|--------|------------|------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| TIEMPO | EMPRESA    | OCUPACION  | F                    | Q  | BM | B  | S  | P  |
| 0      | NO REFIERE | NO REFIERE | NO                   | NO | NO | NO | NO | NO |
| N/A    | NO REPORTA | N/A        | NO                   | NO | NO | NO | NO | NO |
| N/A    | NO REPORTA | N/A        | NO                   | NO | NO | NO | NO | NO |

|                     |         |      |                           |            |
|---------------------|---------|------|---------------------------|------------|
| ENFERMEDAD LABORAL  |         | TIPO |                           | CALIFICADA |
| NIEGA               |         | N/A  |                           | NO         |
| ACIDENTE DE TRABAJO | DIAS I. | TIPO | LESION Y PARTE DEL CUERPO |            |
| NIEGA               | 0       | N/A  | N/A                       |            |
| NO REPORTA          | 0       | N/A  | N/A                       |            |

### ANTECEDENTES PERSONALES

|                |    |               |    |            |    |
|----------------|----|---------------|----|------------|----|
| ALERGICO       | NO | PATOLOGICO    | NO | TOXICOS    | NO |
| FARMACOLOGICOS | NO | PSIQUIATRICOS | NO | TRAUMATICO | NO |
| HOSPITALARIO   | NO | QUIRURGICO    | NO | NO REFIERE | NO |

OBSERVACIONES : NINGUNA

DESCRIPCION DE LA TAREA : DISCAPACITADO

### ANTECEDENTES FAMILIARES

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| A.C.V. : NIEGA       | HIPERTENSION : NIEGA        |
| ALERGIAS : NIEGA     | OSTEOMUSCULARES : NIEGA     |
| ASMA : NIEGA         | PSIQUIATRICOS : NIEGA       |
| ARTRITIS : NIEGA     | SINDROME CONVULSIVO : NIEGA |
| CANCER : NIEGA       | T.B.C. : NIEGA              |
| CARDIOPATIAS : NIEGA | VARICES : NIEGA             |
| DIABETES : NIEGA     | OTROS : NIEGA               |

### REVISION POR SISTEMAS

|                         |        |                        |        |                     |        |
|-------------------------|--------|------------------------|--------|---------------------|--------|
| ORGANOS DE LOS SENTIDOS | NORMAL | METABOLICO / ENDOCRINO | NORMAL | PIEL Y ANEXOS       | NORMAL |
| NEUROLOGICO / MENTAL    | NORMAL | MUSCULO ESQUELETICO    | NORMAL | HEMATOPOYETICO      | NORMAL |
| CARDIOVASCULAR          | NORMAL | GASTROINTESTINAL       | NORMAL | DESCRIPCION : NIEGA |        |
| RESPIRATORIO            | NORMAL | GENITOURINARIA         | NORMAL |                     |        |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 14/08/2024

HORA 16:41:50

### HABITOS

|                     |
|---------------------|
| No Fuma             |
| ALCOHOL NO          |
| DEPORTE NO          |
| SUS. SICOACTIVAS NO |
| OFICIOS EXTRAS NO   |

INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET DE VACUNAS  
VACUNAS

### REVISION POR SISTEMAS

|                    |                       |                      |                    |         |               |                     |
|--------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|---------|---------------|---------------------|
| PESO 10            | TALLA 1               | I.M.C. **.*          | ESTADO NUTRICIONAL | ANORMAL | PULSO X MIN 1 | RESPIRACION X MIN 1 |
| TENSION ARTERIAL 1 | PERIMETRO ABDOMINAL 1 | HEMISFERIO DOMINANTE | DIESTRO            | SPO2% 1 |               |                     |

### EXAMEN FISICO

|                        |        |                         |               |
|------------------------|--------|-------------------------|---------------|
| CABEZA                 | NORMAL | CICATRICES              | NORMAL        |
| CARA                   |        |                         |               |
| PARPADOS               | NORMAL | GENITALES               | NORMAL        |
| AGUDEZA VISUAL         | NORMAL | REGION INGUINAL         | NORMAL        |
| PUPILAS CONJUNTIVAS    | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS SUP | NORMAL        |
| FOSAS NAALES           | NORMAL | TINNEL Der. Negativo    | Izq. Negativo |
|                        |        | PHANEL Der. Negativo    | Izq. Negativo |
| TABIQUE                | NORMAL | VARICES                 | NORMAL        |
| DIENTES                | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS INF | NORMAL        |
| LENGUA                 | NORMAL | ESTRUCTURA COLUMNA      | NORMAL        |
| FARINGE                | NORMAL | INSPECCION COLUMNA      | NORMAL        |
| LARINGE                | NORMAL | PALPACION COLUMNA       | NORMAL        |
| AMIGDALAS              | NORMAL | ALINEACION COLUMNA      |               |
| OIDOS                  | NORMAL | SISTEMA NORMAL          |               |
|                        |        | NERVIOSO                |               |
| MOVIL. CUELLO          | NORMAL | COORDINACION            | NORMAL        |
| TIROIDES               | NORMAL | REFLEJOS TENDINOSOS     | NORMAL        |
| INSPECCION TORAX SENOS | NORMAL | ESFERA MENTAL           | NORMAL        |
| RUIDOS CARDIACOS       | NORMAL | COLOR Y TEXTURA PIEL    | NORMAL        |
| RUIDOS RESPIRATORIOS   | NORMAL | CICATRICES PIEL         | NORMAL        |
| MASAS ABDOMEN          | NORMAL | MASA PIEL               | NORMAL        |
| HERNIAS ABDOMEN        | NORMAL |                         |               |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 14/08/2024 HORA 16:41:50

## EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA NO REALIZADO

OPTOMETRIA NO REALIZADO

ESPIROMETRIA NO REALIZADO

SICOLOGIA NO REALIZADO

RX TORAX NO REALIZADO

RX COLUMNANO REALIZADO

ECG/EKG NO REALIZADO

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN PSICOFÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS. -

LABORATORIOS CLINICOS : NO REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD :

OBSERVACIONES : PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PREMATURIDAD 34 SEMANAS VENTILACION MECANICA SECUELAS NEUROLOGICAS PARALISIS CEREBRAL MIXTA NO MARCHA LIMITACION FONETICA

IMPRESION DIAGNOSTICA : G409 G801

RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN DE EPS, USO DE LENTES CORRECTIVOS OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

INGRESA AL SVE N/A

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE SUMINISTRE AL MEDICO SON REALES Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EN CASO CONTRARIO

**JEAN CARLOS CLARO PORTILLO**  
**MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**REG. MEDICO 1093779746 LICENCIA S.O. 3368**

**DYLAN EMILIANO RODRIGUEZ PEÑARANDA**  
**RC : 1094068281**