

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 23/09/2024 HORA 08:59:34

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|   |                          |              |                |
|---|--------------------------|--------------|----------------|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                          |              |                |
| NOMBRE ANGIE STEFANNY ROA                       |                          |              |                |
| CC : 1093299142                                 | DE VILLA DEL ROSARIO     | GENERO       | F              |
| EDAD 26   | F. NACIMIENTO 23/11/1997 | LUGAR CUCUTA | RH O+          |
| DIRECCION KDX 17 #2-A GALAN VILLA DLE ROSARIO   |                          | ESTRATO      | 3              |
| TELEFONO 3212648866                             | ESTADO CIVIL SOLTERO(A)  |              |                |
| NIVEL EDUCATIVO PRIMARIA                        |                          | 0            | AREA OPERATIVA |
| CARGO DISCAPACITADO                             |                          | HIJOS 0      | RESPONDE       |
| EPS COOSALUD                                    | 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 : DISCAPACIDAD

### 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 |                     |        |

### GINECOBSTETRICOS

|                         |             |                     |                            |          |         |
|-------------------------|-------------|---------------------|----------------------------|----------|---------|
| MENARQUIA               | AÑOS CICLOS | GESTACIONES         | PARTOS                     | CESAREAS | ABORTOS |
| ECTOPICOS               | HIJOS VIVOS | F. ULTIMO PARTO / / | PLANIFICA NO               |          |         |
| F. ULTIMA CITOLOGIA / / |             | RESULTADO           | F. ULTIMA MENSTRUACION / / |          |         |
|                         |             |                     |                            |          |         |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 23/09/2024

HORA 08:59:34

### HABITOS

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

INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET DE VACUNAS  
VACUNAS

### REVISION POR SISTEMAS

|                  |   |                     |   |                      |         |                    |   |             |   |                   |   |
|------------------|---|---------------------|---|----------------------|---------|--------------------|---|-------------|---|-------------------|---|
| PESO             | 1 | TALLA               | 1 | I.M.C.               | **.*    | ESTADO NUTRICIONAL | 1 | 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 NERVIOSO        | NORMAL                      |
| 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 23/09/2024 HORA 08:59:34**

### 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 : NINGUNA

IMPRESION DIAGNOSTICA : F808 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE; H508 OTROS ESTRABISMOS ESPECIFICADOS; Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO; Z003 EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE;

RECOMENDACIONES : PACIENTE QUIEN PRESENTA TRASTORNO NEUROLOGICO DE RETARDO MENTAL GRAVE CON SINDROME DE DOWN DESDE EL NACIMIENTO, GENERANDO DEFICIT COGNITIVO SEVERO , CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, DEL APRENDIZAJE Y DEL COMPORTAMIENTO, CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO, HIPERACTIVIDAD, INSOMNIO; CUMPLE ORDENES SIMPLES PERO NO COMPLEJAS, CONTROLA ESFINTERES, CON MUTISMO, PACIENTE QUIEN NECESITA ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE CON DEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS Y FISIOLÓGICAS.

**INGRESA AL SVE** N/A

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



**ANGELA MARIA BARRIOS ROJAS**  
**MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**REG. MEDICO 3376 LICENCIA S.O. 005238**



**ANGIE STEFANNY ROA**  
**CC : 1093299142**