

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 07/11/2024

**EMPRESA** 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO

**NOMBRE** MARIA CONCEPCION CARREÑO LEON

**CC** : 60407178 **DE** VILLA DEL ROSARIO **GENERO** F

**EDAD** 51 **F. NACIMIENTO** 01/07/1973 **LUGAR** SAN MIGUEL

**DIRECCION** BARRIO SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

**TELEFONO** 3105891621 **CELULAR .F.** **ESTADO CIVIL** Soltero(a)

**PESO** 1 **TALLA** 1 **I.M.C.** \*\*.\*



### ANTECEDENTES

|                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| <b>TRAUMATICOS</b> NO NIEGA | <b>FRACTURAS</b> NO NIEGA |
|-----------------------------|---------------------------|

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <b>ESGUINCE</b> NO NIEGA | <b>LUXACION</b> NO NIEGA |
|--------------------------|--------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| <b>OTROS</b> NO NIEGA |
|-----------------------|

### EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO BIOMECANICOS LABORALES

|                            |                        |                    |                  |                     |                   |                 |
|----------------------------|------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Manejo de Cargas</b> NO | <b>Peso promedio</b> 0 | <b>Levantar</b> NO | <b>Cargar</b> NO | <b>Descargar</b> NO | <b>Empujar</b> NO | <b>Halar</b> NO |
|----------------------------|------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-------------------|-----------------|

|                           |                                |                              |                                |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Trayecto caminando</b> | <b>Movim. Repet. Hombro</b> NO | <b>Movim. Repet. Codo</b> NO | <b>Movim. Repet. Muñeca</b> NO |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

|   |   |
|---|---|
| <b>Video terminales menos de 4 horas</b> NO | <b>Video terminales mas de 4 horas</b> NO |
|---|---|

### POSTURAL

|                |               |
|----------------|---------------|
| <b>SEDENTE</b> | <b>BIPEDA</b> |
|----------------|---------------|

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| <b>DE RODILLAS</b> | <b>POSTURA MIXTA</b> |
|--------------------|----------------------|

### PRUEBAS

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>Cuello inspección palpación movilidad</b> | <b>Espasmos</b> NO |
|--|--------------------|

### COLUMNA VERTEBRAL

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>DEFECTOS</b> NO SE EVIDENCIA |
|---------------------------------|

|                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| <b>CICATRICES</b> NO SE EVIDENCIA | <b>Signo schober</b> 4 |
|-----------------------------------|------------------------|

### MIEMBROS SUPERIORES

### REFLEJOS OSTEOTENDINOS MIEMBROS INFERIORES

|                                  |                           |                      |                             |                                 |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Inspección</b> NORMAL         | <b>Radial Der</b> 4       | <b>Izquierdo</b> 4   | <b>Bostezo</b> Negativo     | <b>Rodilla patelar</b> Negativo |
| <b>Palpación</b> NORMAL          | <b>Bicipital Der</b> 4    | <b>Izquierdo</b> 4   | <b>Signo cajón</b> Negativo | <b>Lessegue</b> Negativo        |
| <b>Tinnel Der</b> Negativo       | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Patelar Der</b> 4 | <b>Izquierdo</b> 4          | <b>Tobillos y Pies</b> NORMAL   |
| <b>Phanel Der</b> Negativo       | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Aquil Der</b> 4   | <b>Izquierdo</b> 4          | <b>Movilidad</b> NORMAL         |
| <b>Finkelstein Der</b> Negativo  | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Observaciones</b> | Simétricos                  | <b>Inspección</b> NORMAL        |
| <b>Pinz. hombro Der</b> Negativo | <b>Izquierdo</b> Negativo |                      |                             | <b>Palpación</b> NORMAL         |
| <b>Rascado de Apley</b> NORMAL   |                           |                      |                             |                                 |

**CONCEPTO** .F.

**Sospecha de enfermedad laboral** NO

Remisión a EPS NO

**Recomendaciones** PAUSAS ACTIVAS

Angela Barrios Rojas

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

MARIA CONCEPCION CARREÑO LEON  
CC : 60407178