

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 22/08/2024 HORA 09:47:04

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|                 |  |   |              |   |          |
|-----------------|--|---|--------------|---|----------|
| EMPRESA         |  | 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |              |  |          |
| NOMBRE          |  | JOEL ESTEBAN BECERRA TOLOSA             |              |   |          |
| TI              | 1091980581                             | DE CUCUTA                               | GENERO       |   | M        |
| EDAD            | 14                                     | F. NACIMIENTO 26/02/2010                | LUGAR        |   | CUCUTA   |
| DIRECCION       | BARRIO 20 DE JULIO - VILLA DEL ROSARIO |   | ESTRATO      |   | 3        |
| TELEFONO        | 3152181066                             |   | ESTADO CIVIL | SOLTERO(A)  |          |
| NIVEL EDUCATIVO | PRIMARIA                               |   | 0            | AREA OPERATIVA  |          |
| CARGO           | DISCAPACITADO                          |   | HIJOS        | 0   | RESPONDE |
| EPS             | NUEVA EPS                              | ARL                                     |              | AFP   |          |

### ANTECEDENTES LABORALES

| 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         |    |  |  |
| ACCIDENTE 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 |                     |        |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/08/2024

HORA 09:47:04

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

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/08/2024 HORA 09:47:04

## 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 : E740 ENFERMEDAD DEL ALMACENAMIENTO DE GLUCOGENO;

RECOMENDACIONES : PACIENTE QUIEN PRESENTA DETERIORO FUNCIONAL GENERANDO GLUCOGENOSIS DE TIPO ENFERMEDAD DE ALMACENAMIENTO DE GLUCOGENO, ENFERMEDAD GENETICA Y HEPATOMEGALIA, GENERANDO DESACONDICIONAMIENTO FISICO , EDEMA, ABDOMINAL, CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA AL RECORRER TRAYECTOS LARGOS E INESTABLES, RECIBIENDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PERMANENTE, DEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS, ACOMPÁÑANMENTE PERMANENTE.

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



JOEL ESTEBAN BECERRA TOLOSA  
TI : 1091980581