

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/08/2024

EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO

NOMBRE NEIMAR JOHAN RAVELO SANABRIA

CC : 1127352487 **DE CHINACOTA** **GENERO** M

EDAD 27 **F. NACIMIENTO** 06/12/1996 **LUGAR** SAN CRISTOBAL - VENEZUELA

DIRECCION BARRIO SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

TELEFONO 3106111982 **CELULAR .F.** **ESTADO CIVIL** Soltero(a)

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



ANTECEDENTES

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| TRAUMATICOS NO NIEGA | FRACTURAS NO NIEGA |
|-----------------------------|---------------------------|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| ESGUINCE NO NIEGA | LUXACION NO NIEGA |
|--------------------------|--------------------------|

| |
|-----------------------|
| OTROS NO NIEGA |
|-----------------------|

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO BIOMECANICOS LABORALES

| | | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------|-----------------|
| Manejo de Cargas NO | Peso promedio 0 | Levantar NO | Cargar NO | Descargar NO | Empujar NO | Halar NO |
| Trayecto caminando | | Movim. Repet. Hombro NO | Movim. Repet. Codo NO | Movim. Repet. Muñeca NO | | |
| Video terminales menos de 4 horas | NO | | Video terminales mas de 4 horas | NO | | |

POSTURAL

| | |
|----------------|---------------|
| SEDENTE | BIPEDA |
|----------------|---------------|

| | |
|--------------------|----------------------|
| DE RODILLAS | POSTURA MIXTA |
|--------------------|----------------------|

PRUEBAS

| | |
|--|--------------------|
| Cuello inspección palpación movilidad | Espasmos NO |
|--|--------------------|

COLUMNA VERTEBRAL

| |
|---------------------------------|
| DEFECTOS NO SE EVIDENCIA |
|---------------------------------|

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| CICATRICES NO SE EVIDENCIA | Signo schober 4 |
|-----------------------------------|------------------------|

MIEMBROS SUPERIORES **REFLEJOS OSTEOTENDINOSMIEMBROS INFERIORES**

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

CONCEPTO .F.

Sospecha de enfermedad laboral NO

Remisión a EPS NO

Recomendaciones PAUSAS ACTIVAS

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

NEIMAR JOHAN RAVELO SANABRIA
CC : 1127352487