

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL


## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 13/08/2024 HORA 15:30:06

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|  |                                 |   |                                |
|--|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO   |                                 |  |                                |
| <b>NOMBRE</b> WILMAR TRIGOS NAVARRO                      |                                 |   |                                |
| CC : 88260953  | DE CUCUTA                       |   | <b>GENERO</b> M                |
| <b>EDAD</b> 42   | <b>F. NACIMIENTO</b> 07/06/1982 |   | <b>LUGAR</b> CUCUTA            |
| <b>DIRECCION</b> BARRIO NAVARRO WOLF - VILLA DEL ROSARIO |                                 |   | <b>ESTRATO</b> 3               |
| <b>TELEFONO</b> 3502497034                               |                                 |   | <b>ESTADO CIVIL</b> SOLTERO(A) |
| <b>NIVEL EDUCATIVO</b> PRIMARIA                          |                                 |   | <b>AREA</b> OPERATIVA          |
| <b>CARGO</b> DISCAPACITADO                               |                                 | <b>HIJOS</b> 0  |                                |
| <b>EPS</b> OTRO  |                                 | <b>ARL</b>  |                                |
|  |                                 | <b>AFP</b>  |                                |

### 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 |

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

### ANTECEDENTES PERSONALES

|                       |    |                      |    |                   |    |
|-----------------------|----|----------------------|----|-------------------|----|
| <b>ALERGICO</b>       | NO | <b>PATOLOGICO</b>    | NO | <b>TOXICOS</b>    | NO |
| <b>FARMACOLOGICOS</b> | NO | <b>PSIQUIATRICOS</b> | NO | <b>TRAUMATICO</b> | NO |
| <b>HOSPITALARIO</b>   | NO | <b>QUIRURGICO</b>    | NO | <b>NO REFIERE</b> | 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

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

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 13/08/2024

HORA 15:30:06

### 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 | ANORMAL | PULSO X MIN | 1 | RESPIRACION X MIN | 1 |
| TENSION ARTERIAL | 11 | 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 |                         |                             |

