

# 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

| TIEMPO                      | EMPRESA    | OCUPACION   |      | EXPOSICION A RIESGOS             |    |    |    |    |    |
|-----------------------------|------------|-------------|------|----------------------------------|----|----|----|----|----|
|                             |            | F           | Q    | BM                               | B  | S  | P  |    |    |
| 0                           | NO REFIERE | NO          | NO   | NO                               | NO | NO | NO | NO | NO |
| N/A                         | NO REPORTA | N/A         |      |                                  |    |    |    |    |    |
| N/A                         | NO REPORTA | N/A         |      |                                  |    |    |    |    |    |
| <b>ENFERMEDAD LABORAL</b>   |            | <b>TIPO</b> |      | <b>CALIFICADA</b>                |    |    |    |    |    |
| NIEGA                       |            | N/A         |      | NO                               |    |    |    |    |    |
| <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b> |            | DIAS I.     | TIPO | <b>LESION Y PARTE DEL CUERPO</b> |    |    |    |    |    |
| 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<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 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 NECESA ACOMPANAMIENTO PERMANENTE CON DEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS Y FISIOLOGICAS.

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