

PRUEBA OSTEOMUSCULAR

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 13/09/2024

| | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO | | |
| NOMBRE WILSON ROJAS | | |
| CC : 1090392227 | DE CUCUTA | GENERO M |
| EDAD 36 | F. NACIMIENTO 01/01/1988 | LUGAR CUCUTA |
| DIRECCION VILLA DEL ROSARIO | | |
| TELEFONO | 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 OSTEOTENDINOS MIEMBROS 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

NO

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

WILSON ROJAS
CC : 1090392227