

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EVALUACIÓN MÉDICA VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 27/10/2025 HORA 14:50:36

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|   |                          |                |            |          |                |         |    |
|---|--------------------------|----------------|------------|----------|----------------|---------|----|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                          |                |            |          |                |         |    |
| NOMBRE RIDER AULY BARBOZA RAMIREZ               |                          |                |            |          |                |         |    |
| CC : 1243340840                                 | DE CUCUTA                |                |            | GENERO   | M              |         |    |
| EDAD 45   | F. NACIMIENTO 29/03/1980 |                |            | LUGAR    | TACHIRA - VZLA | RH      | A+ |
| DIRECCION CALLE 11 # 15-33 BARRIO LA PALMITA    |                          |                |            |          |                | ESTRATO | 3  |
| TELEFONO 3202952940                             |                          | ESTADO CIVIL   | SOLTERO(A) |          |                |         |    |
| NIVEL EDUCATIVO PRIMARIA                        | 0                        | AREA OPERATIVA |            |          |                |         |    |
| CARGO DISCAPACITADO                             |                          | HIJOS          | 0          | RESPONDE |                |         |    |
| EPS COOSALUD                                    | ARL                      |                |            | AFP      | OTRO           |         |    |

### ANTECEDENTES LABORALES

| TIEMPO                      | EMPRESA    | OCUPACION  | EXPOSICION A RIESGOS |      |                                  |                   |    |    |  |  |  |
|-----------------------------|------------|------------|----------------------|------|----------------------------------|-------------------|----|----|--|--|--|
|                             |            |            | 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>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 : NINGUNA |    |               |    |            |    |

### 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

## EVALUACIÓN MÉDICA VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 27/10/2025 HORA 14:50:36

### 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>COLUMNIA     | NORMAL        |
| FARINGE                   | NORMAL | INSPECCION<br>COLUMNIA     | NORMAL        |
| LARINGE                   | NORMAL | PALPACION<br>COLUMNIA      | NORMAL        |
| AMIGDALAS                 | NORMAL | ALINEACION COLUMNIA        |               |
| 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  
EVALUACIÓN MÉDICA VALORACIÓN MÉDICA LABORAL  
ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

**FECHA 27/10/2025 HORA 14:50:36**

**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  |
| PSICOSENSOMETRICA       |   |
| C. MOTRIZ               |   |
| 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 : 45 AÑOS. PACIENTE CON AUTISMO DEPENDIENTE DE SU MADRE.

IMPRESION DIAGNOSTICA : AUTISMO

RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN DE EPS, USO DE LENTES CORRECTIVOS OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

**INGRESA AL SVE N/A**

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE SUMINISTRE AL MEDICO SON REALES Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EN CASO CONTRARIO



FEDERICO MIGUEL MARQUEZ H.

Nº

RIDER AULY BARBOZA RAMIREZ  
CC : 1243340840

REG. MÉDICO 6998 - LICENCIA S.O.1927