


# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

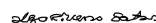
## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA 13/08/2024 HORA 07:37:29</b>		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>							
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO									
<b>NOMBRE</b> OLGA RIVEROS SANTOS									
CC : 27879167 <b>DE</b> TOLEDO									
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO									
<b>DIRECCION</b> CALLE 18N #12A-32 BARRIO LA ESPERANZA									
<b>TELEFONO</b> 3144800266		<b>EDAD</b> 58	<b>GENERO</b> M	<b>RH</b> O+					
<b>A.F.P.</b>		<b>A.R.L.</b>	<b>E.P.S.</b> OTRO						
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.									
<b>AUDIOMETRIA</b>	NO	<b>EXAMEN DE VOZ</b>	NO	<b>OPTOMETRIA</b>	NO	<b>VISIOMETRIA</b>	NO	<b>ESPIROMETRIA</b>	NO
<b>PSICOLOGIA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO	<b>RX COLUMNA</b>		NO	<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> NO		
LABORATORIO :									
OTROS EXAMENES :									
CONCEPTO DE APTITUD : <b>LO INVITAMOS A QUE SE COMUNIQUE CON NOSOTROS 3160253447 DE LUNES A VIERNES DE 6AM A 12 Y 2PM A 5PM, SABADOS DE 6AM A 12</b>									
RECOMENDACIONES : PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE CA DE MAMA DERECHA, QUIEN PRESENTA AMPUTACION COMPLETA DE 4TO Y 5TO DED, PARCIAL DE 3ER DEDO, CONTACTURA COMPLETA DE 2DO DEDO Y PERDIDA PARCIAL DE EMINENCIA TENAR EN MANO DERECHA SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO CON QUEMADURA, GENERADO HIPERTROFIA DE MANO IPSILATERAL, CICATRIZ QUELOIDE QUE COMPROMETE VISION EN OJO DERECHO, CON ALTERACION EN AGARRE, APOYO Y PINZA DE MANO LESIONADA, SEMIDPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTDIANAS.									
<b>INGRESA AL SVE</b> N/A									
<b>ENFASIS</b> OSTEOMUSCULAR									

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.  
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.





**ANGELA MARIA BARRIOS ROJAS**  
**MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**REG. MEDICO 3376 LICENCIA S.O. 005238**

**OLGA RIVEROS SANTOS**  
**CC : 27879167**

**\*278791671382024\***