

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL


EXAMEN PERIODICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 14/08/2024 HORA 07:21:31

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

IDENTIFICACION

| | | | | | | | | | | |
|---|----|--------------------------|--|-------------------------|--|----------------|--|-----------------------------------|--|---|
| EMPRESA 88219797--3 FRUTTY MAX DE LA VILLA - OMAR DARIO DIAZ CHAVES | | | | | | | | | |  |
| NOMBRE LEIDY JOHANA CASTRO QUINTANA | | | | | | | | | | |
| CC : 1092354495 | | DE VILLA DEL ROSARIO | | | | GENERO | | F | | |
| EDAD | 30 | F. NACIMIENTO 19/10/1993 | | LUGAR VILLA DEL ROSARIO | | RH | | O+ | | |
| DIRECCION CARRERA 12 # 11-65 20 DE JULIO VILLA DEL ROSARIO | | | | | | ESTRATO | | 3 | | |
| TELEFONO 3158266807 | | ESTADO CIVIL UNIÓN LIBRE | | | | | | | | |
| NIVEL EDUCATIVO TÉCNICO | | | | 0 | | AREA OPERATIVA | | | | |
| CARGO CAJERA | | | | | | HIJOS 1 | | RESPONDE 3104776553-ESPOSO-JHONNY | | |
| EPS COOSALUD | | ARL SURA | | | | AFP PORVENIR | | | | |

ANTECEDENTES LABORALES

| TIEMPO | EMPRESA | OCUPACION | EXPOSICION A RIESGOS | | | | | |
|----------|-----------------|-------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| | | | F | Q | BM | B | S | P |
| 12 MESES | FRUTTY MAX | CAJERA | SI | NO | SI | SI | SI | SI |
| 2 AÑOS | VARIAS EMPRESAS | ASESORA COMERCIAL | SI | NO | SI | NO | SI | SI |
| N/A | NO REPORTA | N/A | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

| ENFERMEDAD LABORAL | | TIPO | | CALIFICADA |
|---------------------|--|---------|------|---------------------------|
| NIEGA | | N/A | | NO |
| ACIDENTE DE TRABAJO | | DIAS I. | TIPO | LESION Y PARTE DEL CUERPO |
| 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 | SI | NO REFIERE | NO |

OBSERVACIONES : GASTRITIS CRONICA CON H.P. TRATADA Y CONTROLADA , CESAREA 1. ALERGICA A PENICILINA y AMPICILINA SOAT ACC TRÁNSITO 07/03/23 FX 3-4-5 MTC MANO IZQ/OSTEOSINTESIS INCAPACIDAD HASTA 28/05/23/TERAPIAS FISICAS 21/30 Y SGTO POR ORTOPEDIA. NIEGA OTROS ANTECEDENTES.

DESCRIPCION DE LA TAREA : CAJERA DURANTE 1 AÑO

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 | ANORMAL | HEMATOPOYETICO | NORMAL |
| CARDIOVASCULAR | NORMAL | GASTROINTESTINAL | NORMAL | DESCRIPCION : ASINTOMATICA; CONVIVE CON ESPOSO E HIJA 1 | |
| RESPIRATORIO | NORMAL | GENITOURINARIA | NORMAL | | |

GINECOBSTETRICOS

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|----|-------------|------------|-----------------|------------|-----------|----|-----------------------------------|----|---------|---|
| MENARQUIA | 10 | AÑOS CICLOS | REGULAR | GESTACIONES | 01 | PARTOS | 0 | CESAREAS | 01 | ABORTOS | 0 |
| ECTOPICOS | 0 | HIJOS VIVOS | 01 | F. ULTIMO PARTO | 18/12/2012 | PLANIFICA | NO | | | | |
| F. ULTIMA CITOLOGIA | | | 15/03/2023 | RESULTADO | NORMAL | | | F. ULTIMA MENSTRUACION 28/07/2024 | | | |
| | | | | | | | | | | | |

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN PERIODICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 14/08/2024

HORA 07:21:31

HABITOS

| | |
|------------------|---------------------------|
| No Fuma | |
| ALCOHOL | SI REGULARIDAD OCASIONAL |
| DEPORTE | SI REGULARIDAD GYM DIARIO |
| SUS. SICOACTIVAS | NO |
| OFICIOS EXTRAS | NO |

INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET DE VACUNAS. 2 DOSIS DE ASTRAZENECA Y PFIZER
VACUNAS

REVISION POR SISTEMAS

| | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|---------|----------------|----------------------|
| PESO 68 | TALLA 148 | I.M.C. 31.0 | ESTADO NUTRICIONAL | Anormal | PULSO X MIN 78 | RESPIRACION X MIN 16 |
| TENSION ARTERIAL 118/78 | PERIMETRO ABDOMINAL 83 | HEMISFERIO DOMINANTE | DIESTRO | SPO2% | 98 | |

EXAMEN FISICO

| | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|--|
| CABEZA | NORMAL | CICATRICES | CESAREA |
| CARA | | | |
| PARPADOS | NORMAL | GENITALES | NE |
| AGUDEZA VISUAL | 20/20 AO AVL | REGION INGUINAL | NORMAL |
| PUPILAS CONJUNTIVAS | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS SUP | LIMITACIÓN FLEXION MTC FALAG 2-3-4-5 MANO IZQ, AGARRE Y FUERZA ALTERAD |
| FOSAS NAALES | NORMAL | TINNEL | Der. Negativo Izq. Negativo |
| | | PHANEL | Der. Negativo Izq. Negativo |
| TABIQUE | NORMAL | VARICES | NO |
| DIENTES | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS INF | NORMAL |
| LENGUA | NORMAL | ESTRUCTURA COLUMNA | NORMAL |
| FARINGE | NORMAL | INSPECCION COLUMNA | NORMAL |
| LARINGE | NE | PALPACION COLUMNA | NORMAL |
| AMIGDALAS | NORMAL | ALINEACION COLUMNA | NORMAL |
| OIDOS | NORMAL | SISTEMA NERVIOSO | NORMAL |
| MOVIL. CUELLO | NORMAL | COORDINACION | NORMAL |
| TIROIDES | NORMAL | REFLEJOS TENDINOSOS | NORMAL |
| INSPECCION TORAX SENOS | NE | ESFERA MENTAL | NORMAL |
| RUIDOS CARDIACOS | RTIMICOS NO SOPLOS | COLOR Y TEXTURA PIEL | TATUAJES |
| RUIDOS RESPIRATORIOS | NO AGREGADOS | CICATRICES PIEL | DORSO MANO IZQ |
| MASAS ABDOMEN | NO | MASA PIEL | NORMAL |
| HERNIAS ABDOMEN | NO | | |

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA NO REALIZADO

OPTOMETRIA O.D.ASTIGMATISMO - O.I.ASTIGMATISMO Visión Cromatica Ishihara Normal - PAUSA ACTIVA CADA 20 MINUTOS.

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 : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

OBSERVACIONES : NINGUNA

IMPRESION DIAGNOSTICA : H522 ASTIGMATISMO; Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL; E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA;

RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, ADECUADA HIGIENE POSTURAL,CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, RIESGO BIOMECANICO Y PSICOLABORAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INGRESA AL SVE Biomecánico

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

Angela Barrios Rojas

LEIDY CASTRO QUINTANA

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

LEIDY JOHANA CASTRO QUINTANA
CC : 1092354495