

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL


## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 22/07/2025 HORA 15:09:43

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|  |                                 |   |                        |
|--|---------------------------------|---|------------------------|
| <b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                                 |  |                        |
| <b>NOMBRE</b> ESPERANZA BALAGUERA ESCALANTE            |                                 |   |                        |
| CC : 1004904468  | <b>DE LOS PATIOS</b>            |   | <b>GENERO</b> F        |
| <b>EDAD</b> 22   | <b>F. NACIMIENTO</b> 03/10/2002 |   | <b>LUGAR</b> SAN ROQUE |
| <b>DIRECCION</b> KDX 98-1 JUAN FRIO                    |                                 |   | <b>ESTRATO</b> 3       |
| <b>TELEFONO</b>  |                                 | <b>ESTADO CIVIL</b> SOLTERO(A)  |                        |
| <b>NIVEL EDUCATIVO</b> PRIMARIA                        |                                 | <b>0</b>  |                        |
| <b>CARGO</b> DISCAPACITADO                             |                                 | <b>HIJOS</b> 0  |                        |
| <b>EPS</b> OTRO  |                                 | <b>ARL</b>  |                        |
|  |                                 | <b>AFP</b> OTRO   |                        |

### ANTECEDENTES LABORALES

|        |            |            | EXPOSICION A RIESGOS |    |    |    |    |    |
|--------|------------|------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| TIEMPO | EMPRESA    | OCUPACION  | 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>ACIDENTE DE TRABAJO</b> | <b>DIAS I.</b> | <b>TIPO</b> | <b>LESION Y PARTE DEL CUERPO</b> |
| NIEGA                      | 0              | N/A         | N/A                              |
| NO REPORTA                 | 0              | N/A         | N/A                              |

### ANTECEDENTES PERSONALES

|                       |    |                      |    |                   |    |
|-----------------------|----|----------------------|----|-------------------|----|
| <b>ALERGICO</b>       | NO | <b>PATOLOGICO</b>    | NO | <b>TOXICOS</b>    | NO |
| <b>FARMACOLOGICOS</b> | NO | <b>PSIQUIATRICOS</b> | NO | <b>TRAUMATICO</b> | NO |
| <b>HOSPITALARIO</b>   | NO | <b>QUIRURGICO</b>    | NO | <b>NO REFIERE</b> | 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

|                                       |                                      |                              |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <b>ORGANOS DE LOS SENTIDOS</b> NORMAL | <b>METABOLICO / ENDOCRINO</b> NORMAL | <b>PIEL Y ANEXOS</b> NORMAL  |
| <b>NEUROLOGICO / MENTAL</b> NORMAL    | <b>MUSCULO ESQUELETICO</b> NORMAL    | <b>HEMATOPOYETICO</b> NORMAL |
| <b>CARDIOVASCULAR</b> NORMAL          | <b>GASTROINTESTINAL</b> NORMAL       | DESCRIPCION : NIEGA          |
| <b>RESPIRATORIO</b> NORMAL            | <b>GENITOURINARIA</b> NORMAL         |                              |

### GINECOBSTETRICOS

|                                |                    |                                   |                  |                 |                |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|----------------|
| <b>MENARQUIA</b>               | <b>AÑOS CICLOS</b> | <b>GESTACIONES</b>                | <b>PARTOS</b>    | <b>CESAREAS</b> | <b>ABORTOS</b> |
| <b>ECTOPICOS</b>               | <b>HIJOS VIVOS</b> | <b>F. ULTIMO PARTO / /</b>        | <b>PLANIFICA</b> | <b>NO</b>       |                |
| <b>F. ULTIMA CITOLOGIA / /</b> | <b>RESULTADO</b>   | <b>F. ULTIMA MENSTRUACION / /</b> |                  |                 |                |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/07/2025 HORA 15:09:43

### 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 | Anormal | PULSO X MIN | 1 | RESPIRACION X MIN | 1 |
| TENSION ARTERIAL | 1 | PERIMETRO ABDOMINAL | 1 | HEMISFERIO DOMINANTE | DIESTRO | SPO2%              | 1       |             |   |                   |   |

### EXAMEN FISICO

|                        |        |                         |                             |
|------------------------|--------|-------------------------|-----------------------------|
| CABEZA                 | NORMAL | CICATRICES              | NORMAL                      |
| CARA                   |        |                         |                             |
| PARPADOS               | NORMAL | GENITALES               | NORMAL                      |
| AGUDEZA VISUAL         | NORMAL | REGION INGUINAL         | NORMAL                      |
| PUPILAS CONJUNTIVAS    | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS SUP | NORMAL                      |
| FOSAS NAALES           | NORMAL | TINNEL                  | Der. Negativo Izq. Negativo |
|                        |        | PHANEL                  | Der. Negativo Izq. Negativo |
| TABIQUE                | NORMAL | VARICES                 | NORMAL                      |
| DIENTES                | NORMAL | INSPECCION MIEMBROS INF | NORMAL                      |
| LENGUA                 | NORMAL | ESTRUCTURA COLUMNA      | NORMAL                      |
| FARINGE                | NORMAL | INSPECCION COLUMNA      | NORMAL                      |
| LARINGE                | NORMAL | PALPACION COLUMNA       | NORMAL                      |
| AMIGDALAS              | NORMAL | ALINEACION COLUMNA      |                             |
| OIDOS                  | NORMAL | SISTEMA NERVIOSO        | NORMAL                      |
| MOVIL. CUELLO          | NORMAL | COORDINACION            | NORMAL                      |
| TIROIDES               | NORMAL | REFLEJOS TENDINOSOS     | NORMAL                      |
| INSPECCION TORAX SENOS | NORMAL | ESFERA MENTAL           | NORMAL                      |
| RUIDOS CARDIACOS       | NORMAL | COLOR Y TEXTURA PIEL    | NORMAL                      |
| RUIDOS RESPIRATORIOS   | NORMAL | CICATRICES PIEL         | NORMAL                      |
| MASAS ABDOMEN          | NORMAL | MASA PIEL               | NORMAL                      |
| HERNIAS ABDOMEN        | NORMAL |                         |                             |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/07/2025 HORA 15:09:43

## 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 : PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA CON DIFÍCIL CONTROL DE CUADROS EPILEPTICOS

IMPRESION DIAGNOSTICA : G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO;

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

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

NO

**ESPERANZA BALAGUERA ESCALANTE**  
**CC : 1004904468**