

PRUEBA OSTEOMUSCULAR

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 30/12/2024

| | | | |
|--|--|--|--|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO | | | |
| NOMBRE JHON JAVIER ACUÑA RAVELO | | | |
| CC : 88131539 DE VILLA DEL ROSARIO | | | |
| EDAD 40 F. NACIMIENTO 20/08/1984 LUGAR VILLA DEL ROSARIO | | | |
| DIRECCION CARRERA 8 # 21-74 BARrio SANTA BARBARA - VILLA DEL ROSARIO | | | |
| TELEFONO 3192727222 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 BIOMECHANICOS 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

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

JHON JAVIER ACUÑA RAVELO
CC : 88131539