

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 13/08/2024 HORA 16:12:52

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|                 |  |   |                |   |                   |    |    |
|-----------------|--|---|----------------|---|-------------------|----|----|
| EMPRESA         |  | 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                |  |                   |    |    |
| NOMBRE          |  | BEATRIZ AMANDA VERA MONSALVE            |                |   |                   |    |    |
| CC :            | 27891904                                 | DE VILLA DEL ROSARIO                    | GENERO         |   | M                 |    |    |
| EDAD            | 66                                       | F. NACIMIENTO 23/09/1957                | LUGAR          |   | VILLA DEL ROSARIO | RH | A+ |
| DIRECCION       | BARRIO VILLA ANTOGUA - VILLA DEL ROSARIO |   | ESTRATO        |   | 3                 |    |    |
| TELEFONO        | 3112281174                               |   | ESTADO CIVIL   | SOLTERO(A)  |                   |    |    |
| NIVEL EDUCATIVO | PRIMARIA                                 | 0                                       | AREA OPERATIVA |   |                   |    |    |
| CARGO           | DISCAPACITADO                            |   | HIJOS          | 0   | RESPONDE          |    |    |
| EPS             | COOSALUD                                 | ARL                                     |                |   | AFP               |    |    |

### ANTECEDENTES LABORALES

| 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 |  |  |  |
| ENFERMEDAD LABORAL   |            |            |         |      | TIPO |                           | CALIFICADA |    |    |  |  |  |
| NIEGA                |            |            |         |      | N/A  |                           | NO         |    |    |  |  |  |
| ACCIDENTE 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    | NO | NO REFIERE | NO |
| OBSERVACIONES : NINGUNA                 |    |               |    |            |    |
| DESCRIPCION DE LA TAREA : DISCAPACITADA |    |               |    |            |    |

### 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

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 13/08/2024

HORA 16:12:52

### 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<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>COLUMNNA     | NORMAL        |
| FARINGE                   | NORMAL | INSPECCION<br>COLUMNNA     | NORMAL        |
| LARINGE                   | NORMAL | PALPACION<br>COLUMNNA      | NORMAL        |
| AMIGDALAS                 | NORMAL | ALINEACION COLUMNNA        |               |
| 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 EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 13/08/2024 HORA 16:12:52

## 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 66 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA ADJUNTO HIPERTENSION ARTERIAL ANEURISMA CEREBRAL CON CON ALTERACION DE LA MARCHA NO COMUNICACIÓN VERBAL ALTERACION VISUAL EN OJO DERECHO

IMPRESION DIAGNOSTICA : I10X H905 H903 I679

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

BEATRIZ AMANDA VERA MONSALVE  
CC : 27891904