

|  |                                 |                      |                                |
|--|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO |                                 |                      |                                |
| <b>NOMBRE</b> JUAN DE LA CRUZ SALCEDO                  |                                 |                      |                                |
| <b>CC :</b> 1143647                                    |                                 | <b>DE</b> SOATA      | <b>GENERO</b> M                |
| <b>EDAD</b> 94   | <b>F. NACIMIENTO</b> 03/05/1930 | <b>LUGAR</b> BOAVITA |                                |
| <b>DIRECCION</b> BARRIO SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO  |                                 |                      |                                |
| <b>TELEFONO</b>  |                                 | <b>CELULAR</b> .F.   | <b>ESTADO CIVIL</b> Soltero(a) |
| <b>PESO</b> 1 <b>TALLA</b> 1 <b>I.M.C.</b> **.*        |                                 |                      |                                |

**ANTECEDENTES**

|                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| <b>TRAUMATICOS</b> NO NIEGA | <b>FRACTURAS</b> NO NIEGA |
| <b>ESGUINCE</b> NO NIEGA    | <b>LUXACION</b> NO NIEGA  |
| <b>OTROS</b> NO NIEGA       |                           |

**EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO BIOMECANICOS LABORALES**

|   |   |                              |                                |                     |                   |                 |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Manejo de Cargas</b> NO                  | <b>Peso promedio</b> 0                    | <b>Levantar</b> NO           | <b>Cargar</b> NO               | <b>Descargar</b> NO | <b>Empujar</b> NO | <b>Halar</b> NO |
| <b>Trayecto caminando</b>                   | <b>Movim. Repet. Hombro</b> NO            | <b>Movim. Repet. Codo</b> NO | <b>Movim. Repet. Muñeca</b> NO |                     |                   |                 |
| <b>Video terminales menos de 4 horas</b> NO | <b>Video terminales mas de 4 horas</b> NO |                              |                                |                     |                   |                 |

**POSTURAL**

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| <b>SEDENTE</b>     | <b>BIPEDA</b>        |
| <b>DE RODILLAS</b> | <b>POSTURA MIXTA</b> |

**PRUEBAS**

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>Cuello inspección palpación movilidad</b> | <b>Espasmos</b> NO |
|--|--------------------|

**COLUMNA VERTEBRAL**

|                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| <b>DEFECTOS</b> NO SE EVIDENCIA   |                        |
| <b>CICATRICES</b> NO SE EVIDENCIA | <b>Signo schober</b> 4 |

**MIEMBROS SUPERIORES**

**REFLEJOS OSTEOTENDINOSMIEMBROS INFERIORES**

|                                  |                           |                                 |                             |                                 |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Inspección</b> NORMAL         | <b>Radial Der</b> 4       | <b>Izquierdo</b> 4              | <b>Bostezo</b> Negativo     | <b>Rodilla patelar</b> Negativo |
| <b>Palpación</b> NORMAL          | <b>Bicipital Der</b> 4    | <b>Izquierdo</b> 4              | <b>Signo cajón</b> Negativo | <b>Lessegue</b> Negativo        |
| <b>Tinnel Der</b> Negativo       | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Patelar Der</b> 4            | <b>Izquierdo</b> 4          | <b>Tobillos y Pies</b> NORMAL   |
| <b>Phanel Der</b> Negativo       | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Aquil Der</b> 4              | <b>Izquierdo</b> 4          | <b>Movilidad</b> NORMAL         |
| <b>Finkelstein Der</b> Negativo  | <b>Izquierdo</b> Negativo | <b>Observaciones</b> Simétricos | <b>Inspección</b> NORMAL    |                                 |
| <b>Pinz. hombro Der</b> Negativo | <b>Izquierdo</b> Negativo |                                 | <b>Palpación</b> NORMAL     |                                 |
| <b>Rascado de Apley</b> NORMAL   |                           |                                 |                             |                                 |

**CONCEPTO** .F.

**Sospecha de enfermedad laboral** NO

**Remisión a EPS** NO

**Recomendaciones** PAUSAS ACTIVAS

Angela Barrios Rojas

NO

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

**JUAN DE LA CRUZ SALCEDO**  
**CC : 1143647**