

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA 31/07/2024 HORA 10:35:35</b>		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO			
<b>NOMBRE</b> ZORAYDA PEÑA FUENTES			
CC : 60405770	<b>DE</b> VILLA DEL ROSARIO		
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO			
<b>DIRECCION</b> CALLE 2 #16-30 BARRIO TURBAY AYALA			
<b>TELEFONO</b> 3134732493		<b>EDAD</b> 57	<b>GENERO</b> M <b>RH</b> A+
<b>A.F.P.</b>	<b>A.R.L.</b>	<b>E.P.S.</b> OTRO	
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.			
<b>AUDIOMETRIA</b>	NO	<b>EXAMEN DE VOZ</b>	NO
<b>PSICOLOGIA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO
		<b>OPTOMETRIA</b>	NO
		<b>VISIOMETRIA</b>	NO
		<b>ESPIROMETRIA</b>	NO
<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> NO			
LABORATORIO :			
OTROS EXAMENES :			
CONCEPTO DE APTITUD :			
RECOMENDACIONES : PACIENTE FEMENINA DE AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA DESDE NACIMIENTO LESION NEUROLOGICA, CON AFECTACION SENSORIAL MOTORA Y SENSITIVA, SECUNDARIO A POLIOMELITIS. PACIENTE CON PARAPLEJIA ESPASTICA ATROFICA, LORDOSIS LUMBAR, DEFORMIDAD DE EQUINO VARO E EN MIEMBROS INFERIORES Y GENU VARO EN RODILLAS, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, EL EQUILIBRIO Y LA ESTABILIDAD, QUE LIMITA LA MOVILIDAD, CON APOYO PERMANENTE MEDIANTE MULETAS, PACIENTE CON PRESENTA DE FERULAS EN MIEMBROS INFERIORES PARA ENDEREZARLOS, CON INESTABILIDAD, HIPOTONIA Y ATROFIA EN MIEMBRO, CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD EN TRAYECTOS LARGOS E INESTABLES. QUIEN NECESITA ACOMPAÑANTE PERMANENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS COTIDIANAS.			
<b>INGRESA AL SVE</b> N/A			
<b>ENFASIS</b> OSTEOMUSCULAR			

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.  
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

*Angela Barrios Rojas*

*No*

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

**ZORAYDA PEÑA FUENTES**  
**CC : 60405770**

**\*604057703172024\***