

| | | |
|--|--|--|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO | | |
| NOMBRE MARIA CRISTINA RINCON CUADROS | | |
| CC : 28060345 | DE VILLA DEL ROSARIO GENERO F | |
| EDAD 85 | F. NACIMIENTO 05/09/1940 LUGAR VILLA DEL ROSARIO | |
| DIRECCION BARRIO LA PLAYA - LA PARADA | | |
| TELEFONO 3013005678 | 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 BIOMECANICOS 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

| | |
|----------------------------------|---------------------------|
| Inspección NORMAL | |
| Palpación NORMAL | |
| Tinnel Der Negativo | Izquierdo Negativo |
| Phanel Der Negativo | Izquierdo Negativo |
| Finkelstein Der Negativo | Izquierdo Negativo |
| Pinz. hombro Der Negativo | Izquierdo Negativo |
| Rascado de Apley NORMAL | |

REFLEJOS OSTEOTENDINOSMIEMBROS INFERIORES

| | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Radial Der 4 | Izquierdo 4 | Bostezo Negativo | Rodilla patelar Negativo |
| Bicipital Der 4 | Izquierdo 4 | Signo cajón Negativo | Lessegue Negativo |
| Patelar Der 4 | Izquierdo 4 | Tobillos y Pies NORMAL | |
| Aquil Der 4 | Izquierdo 4 | Movilidad NORMAL | |
| Observaciones Simétricos | | Inspección NORMAL | |
| | | Palpación NORMAL | |

CONCEPTO .F.

Sospecha de enfermedad laboral NO

Remisión a EPS NO

Recomendaciones PAUSAS ACTIVAS

FEDERICO MIGUEL MARQUEZ H.

NO

MARIA CRISTINA RINCON CUADROS
CC : 28060345

REG. MÉDICO 6998 - LICENCIA S.O.1927