

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 002704

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA 06/11/2024 HORA 08:09:51</b>		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO			
<b>NOMBRE</b> CESAR LIZARAZO QUINTERO			
CC : 88193670 <b>DE</b> VILLA ROSARIO			
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO			
<b>DIRECCION</b> BARRIO 20 DE JULIO VILLA DEL ROSARIO			
<b>TELEFONO</b>		<b>EDAD</b> 45	<b>GENERO</b> M <b>RH</b> O+
<b>A.F.P.</b>	<b>A.R.L.</b>	<b>E.P.S.</b> COOSALUD	
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>VISIONOMETRIA</b>	NO
		<b>ESPIROMETRIA</b>	NO
<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> NO			
LABORATORIO :			
OTROS EXAMENES :			
CONCEPTO DE APTITUD :			
RECOMENDACIONES : PACIENTE QUIEN PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, CON CUADRO DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, CON ALTERACION MUSCULAR EN HEMICUERPO DERECHO, SECUNDARIO A CRISIS HIPERTENSIVA, GENERANDO PATRON SINERGICO ALTERADO, CON DISARTRIA SEVERA, CON TRASTORNO DEL EQUILIBRIO, DE LA COORDINACION, DE LA COMUNICACION Y LA LOCOMOCION, AUMENTO DEL POLIGONO DE SUSTENTACION, CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA AL RECORRER TRAYECTOS LARGOS E INESTABLES, AUMENTO DLE POLIGONO DE SUSTENTACION; ACOMPAÑANENTE 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.



NO

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

**CESAR LIZARAZO QUINTERO**  
**CC : 88193670**

**\*881936706112024\***