

# PRUEBA OSTEOMUSCULAR

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 22/08/2024

**EMPRESA** 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO

**NOMBRE** WILSON WILLIAM ROMERO FUENTES

**CC** : 88157716 **DE PAMPLONA**

**GENERO** M

**EDAD** 53 **F. NACIMIENTO** 04/05/1971 **LUGAR** CUCUTA

**DIRECCION** BARRIO LA PALMITA - VILLA DEL ROSARIO

**TELEFONO** 3107949418 **CELULAR .F.** **ESTADO CIVIL** Soltero(a)

**PESO** 1 **TALLA** 1 **I.M.C.** \*\*.\*



### 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

Wilson William Romero Fuentes

JEAN CARLOS CLARO PORTILLO  
MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
REG. MEDICO 1093779746 LICENCIA S.O. 3368

WILSON WILLIAM ROMERO FUENTES  
CC : 88157716