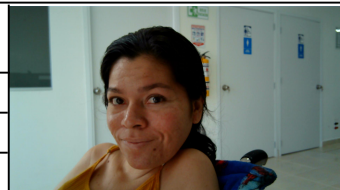


# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA</b> 16/08/2024		<b>HORA</b> 09:56:12		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO					
<b>NOMBRE</b> DEICI VIVIANA MANTILLA ALBARRACIN					
CC : 1092348565		DE VILLA ROSARIO			
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO					
<b>DIRECCION</b> BARRIO NARIÑO - VILLA DEL ROSARIO					
<b>TELEFONO</b> 3134156862		<b>EDAD</b> 33		<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>OPTOMETRIA</b>	NO
<b>PSICOLOGIA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO	<b>RX COLUMNA</b>	NO
				<b>VISIOMETRIA</b>	NO
				<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>	NO
<b>ESPIROMETRIA</b> NO					
LABORATORIO :					
OTROS EXAMENES :					
CONCEPTO DE APTITUD :					
RECOMENDACIONES : PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA TRASTORNO NEUROLOGICO TIPO DISTROFIA MUSCULAR DEGENERATIVA, CON CUADRIPLASIA Y ALTERACION DEL 8VO PAR CRANIAL DEL EQUILIBRIO, ALTERACIONES ISQUIOTIBIALES, CON ATROFIA MUSCULAR, CON DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION POR LO QUE CUENTA CON APOYO PERMANENTE DE BASTON DE 4 PUNTOS, CON ALTERACION DE LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA, PACIENTE CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, DISMINUCION DE FUERZA ARTICULAR, CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO, 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*

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

*NO*

**DEICI VIVIANA MANTILLA ALBARRACIN**  
**CC : 1092348565**

**\*1092348565168202**