

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 19/12/2024 HORA 10:23:49

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|                                      |                          |                |              |       |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------|--------------|-------|
| EMPRESA 001980 DISCAPACIDAD - CACOTA |                          |                |              |       |
| NOMBRE ALEJANDRO CARRILLO            |                          |                |              |       |
| CC : 5418403                         | DE CACOTA                |                | GENERO M     |       |
| EDAD 61                              | F. NACIMIENTO 18/03/1963 |                | LUGAR CACOTA | RH O+ |
| DIRECCION VEREDA EL UVITO - CACOTA   |                          |                | ESTRATO 3    |       |
| TELEFONO                             | ESTADO CIVIL SOLTERO(A)  |                |              |       |
| NIVEL EDUCATIVO PRIMARIA             | 0                        | AREA OPERATIVA |              |       |
| CARGO DISCAPACITADO                  | HIJOS 0                  | RESPONDE       |              |       |
| EPS                                  | ARL                      | AFP            |              |       |

### ANTECEDENTES LABORALES

| TIEMPO               | EMPRESA    | OCUPACION  | F       | Q    | BM                        | B    | S          | P  |  |  |
|----------------------|------------|------------|---------|------|---------------------------|------|------------|----|--|--|
| 0                    | NO REFIERE | NO REFIERE | NO      | NO   | NO                        | NO   | NO         | NO |  |  |
| N/A                  | NO REPORTA | N/A        | NO      | NO   | NO                        | NO   | NO         | NO |  |  |
| N/A                  | NO REPORTA | N/A        | NO      | NO   | NO                        | NO   | NO         | NO |  |  |
| ENFERMEDAD LABORAL   |            |            |         |      |                           | TIPO | CALIFICADA |    |  |  |
| NIEGA                |            |            |         |      |                           | N/A  | NO         |    |  |  |
| ACCIDENTE DE TRABAJO |            |            | DIAS I. | TIPO | LESION Y PARTE DEL CUERPO |      |            |    |  |  |
| NIEGA                |            |            | 0       | N/A  | N/A                       |      |            |    |  |  |
| NO REPORTA           |            |            | 0       | N/A  | N/A                       |      |            |    |  |  |

### ANTECEDENTES PERSONALES

|                |    |               |    |            |    |
|----------------|----|---------------|----|------------|----|
| ALERGICO       | NO | PATOLOGICO    | NO | TOXICOS    | NO |
| FARMACOLOGICOS | NO | PSIQUIATRICOS | NO | TRAUMATICO | NO |
| HOSPITALARIO   | NO | QUIRURGICO    | NO | NO REFIERE | NO |

OBSERVACIONES : NINGUNA

DESCRIPCION DE LA TAREA : NINGUNA

### ANTECEDENTES FAMILIARES

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| A.C.V. : NIEGA       | HIPERTENSION : NIEGA        |
| ALERGIAS : NIEGA     | OSTEOMUSCULARES : NIEGA     |
| ASMA : NIEGA         | PSIQUIATRICOS : NIEGA       |
| ARTRITIS : NIEGA     | SINDROME CONVULSIVO : NIEGA |
| CANCER : NIEGA       | T.B.C. : NIEGA              |
| CARDIOPATIAS : NIEGA | VARICES : NIEGA             |
| DIABETES : NIEGA     | OTROS : NIEGA               |

### REVISION POR SISTEMAS

|                         |        |                        |        |                     |        |
|-------------------------|--------|------------------------|--------|---------------------|--------|
| ORGANOS DE LOS SENTIDOS | NORMAL | METABOLICO / ENDOCRINO | NORMAL | PIEL Y ANEXOS       | NORMAL |
| NEUROLOGICO / MENTAL    | NORMAL | MUSCULO ESQUELETICO    | NORMAL | HEMATOPOYETICO      | NORMAL |
| CARDIOVASCULAR          | NORMAL | GASTROINTESTINAL       | NORMAL | DESCRIPCION : NIEGA |        |
| RESPIRATORIO            | NORMAL | GENITOURINARIA         | NORMAL |                     |        |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 19/12/2024

HORA 10:23:49

### HABITOS

|                     |
|---------------------|
| No Fuma             |
| ALCOHOL NO          |
| DEPORTE NO          |
| SUS. SICOACTIVAS NO |
| OFICIOS EXTRAS NO   |

### INMUNIZACIONES NO APORTA CARNET DE VACUNAS VACUNAS

### REVISION POR SISTEMAS

|                    |         |             |                       |   |                              |   |                   |   |
|--------------------|---------|-------------|-----------------------|---|------------------------------|---|-------------------|---|
| PESO 1             | TALLA 1 | I.M.C. **.* | ESTADO NUTRICIONAL    | 1 | PULSO X MIN                  | 1 | RESPIRACION X MIN | 1 |
| TENSION ARTERIAL 1 |         |             | PERIMETRO ABDOMINAL 1 |   | HEMISFERIO DOMINANTE DIESTRO |   | SPO2% 1           |   |

### EXAMEN FISICO

|                           |        |                            |               |
|---------------------------|--------|----------------------------|---------------|
| CABEZA<br>CARA            | NORMAL | CICATRICES                 | NORMAL        |
| PARPADOS                  | NORMAL | GENITALES                  | NORMAL        |
| AGUDEZA<br>VISUAL         | NORMAL | REGION INGUINAL            | NORMAL        |
| PUPILAS<br>CONJUNTIVAS    | NORMAL | INSPECCION<br>MIEMBROS SUP | NORMAL        |
| FOSAS<br>NASALES          | NORMAL | TINNEL Der. Negativo       | Izq. Negativo |
|                           |        | PHANEL Der. Negativo       | Izq. Negativo |
| TABIQUE                   | NORMAL | VARICES                    | NORMAL        |
| DIENTES                   | NORMAL | INSPECCION<br>MIEMBROS INF | NORMAL        |
| LENGUA                    | NORMAL | ESTRUCTURA<br>COLUMNNA     | NORMAL        |
| FARINGE                   | NORMAL | INSPECCION<br>COLUMNNA     | NORMAL        |
| LARINGE                   | NORMAL | PALPACION<br>COLUMNNA      | NORMAL        |
| AMIGDALAS                 | NORMAL | ALINEACION COLUMNNA        |               |
| OIDOS                     | NORMAL | SISTEMA NORMAL<br>NERVIOSO |               |
| MOVIL. CUELLO             | NORMAL | COORDINACION               | NORMAL        |
| TIROIDES                  | NORMAL | REFLEJOS TENDINOSOS        | NORMAL        |
| INSPECCION<br>TORAX SENOS | NORMAL | ESFERA MENTAL              | NORMAL        |
| RUIDOS<br>CARDIACOS       | NORMAL | COLOR Y<br>TEXTURA PIEL    | NORMAL        |
| RUIDOS<br>RESPIRATORIOS   | NORMAL | CICATRICES<br>PIEL         | NORMAL        |
| MASAS<br>ABDOMEN          | NORMAL | MASA PIEL                  | NORMAL        |
| HERNIAS<br>ABDOMEN        | NORMAL |                            |               |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 19/12/2024 HORA 10:23:49

## EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

**AUDIOMETRIA** NO REALIZADO

**OPTOMETRIA** NO REALIZADO

**ESPIROMETRIA** NO REALIZADO

**SICOLOGIA** NO REALIZADO

**RX TORAX** NO REALIZADO

**RX COLUMNANO** REALIZADO

**ECG/EKG** NO REALIZADO

**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. -

**LABORATORIOS CLINICOS :** NO REALIZADO

**CONCEPTO DE APTITUD :**

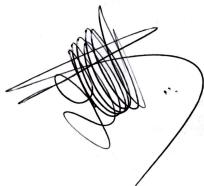
**OBSERVACIONES :** 61 AÑOS, CON SECEULAS DE AMPUTACION TRAUMATICA DEDO 2, 3 CON DEFORMIDAD EN DEDO 3 COMO SECEULAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO. MANO DOMINANTE HACE 20 AÑOS.

**IMPRESION DIAGNOSTICA :** SECEUALS DE ACCIDENTE DE TARSNSITO EN MAO DER

**RECOMENDACIONES :** DISCAPCDIAD.

## INGRESA AL SVE N/A

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE SUMINISTRE AL MEDICO SON REALES Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EN CASO CONTRARIO



**FEDERICO MIGUEL MARQUEZ H.**  
**MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**REG. MEDICO 6998 LICENCIA S.O. 1927**

**ALEJANDRO CARRILLO**  
**CC : 5418403**