

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 07/11/2024 HORA 11:19:51

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

IDENTIFICACION

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--------------|----------------|----------|------------|----|----|
| EMPRESA | | 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO | | | | | | |
| NOMBRE | | MARIA CELINA PAEZ SALAZAR | | | | | | |
| CC : | 27761431 | DE OCAÑA | GENERO | | | F | | |
| EDAD | 90 | F. NACIMIENTO 07/05/1934 | LUGAR | | | ABREGO | RH | O+ |
| DIRECCION | BARRIO 20 DE JULIO - VILLA DEL ROSARIO | | ESTRATO | | | 3 | | |
| TELEFONO | 3144228286 | | ESTADO CIVIL | | | SOLTERO(A) | | |
| NIVEL EDUCATIVO | PRIMARIA | | 0 | AREA OPERATIVA | | | | |
| CARGO | DISCAPACITADO | | HIJOS | 0 | RESPONDE | | | |
| EPS | NUEVA EPS | | ARL | AFP | | | | |

ANTECEDENTES LABORALES

| TIEMPO | EMPRESA | OCUPACION | | EXPOSICION A RIESGOS | | | | | |
|--------|------------|-----------|----|----------------------|----|----|----|----|----|
| | | F | Q | BM | B | S | P | | |
| 0 | NO REFIERE | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| N/A | NO REPORTA | N/A | | | | | | | |
| N/A | NO REPORTA | N/A | | | | | | | |

| ENFERMEDAD LABORAL | | TIPO | | CALIFICADA | | | | | |
|---------------------|--|---------|------|------------|--|--|--|--|--|
| NIEGA | | N/A | | NO | | | | | |
| ACIDENTE DE TRABAJO | | DIAS I. | TIPO | N/A | | | | | |
| 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 : DISCAPACIDAD

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 | | |

GINECOBSTETRICOS

| | | | | | |
|-------------------------|-------------|---------------------|------------------------|----------|---------|
| MENARQUIA | AÑOS CICLOS | GESTACIONES | PARTOS | CESAREAS | ABORTOS |
| ECTOPICOS | HIJOS VIVOS | F. ULTIMO PARTO / / | PLANIFICA | NO | |
| F. ULTIMA CITOLOGIA / / | RESULTADO | | F. ULTIMA MENSTRUACION | / / | |

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 07/11/2024

HORA 11:19:51

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

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 07/11/2024 HORA 11:19:51

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 : NINGUNA

IMPRESION DIAGNOSTICA : G309 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA; R268 OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS; T931 SECUELAS DE FRACTURA DE FEMUR;

RECOMENDACIONES : PACIENTE QUIEN PRESENTA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SECUELA DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA, GENERANDO INESTABILIDAD Y ALTERACION PARA LA MOVILIDAD, CON DISFUNCION ARTICULAR Y MUSCULAR. PACIENTE CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, DISMINUCION DE FUERZA ARTICULAR, CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO, DOLOR A LAS POSTURAS PROLONGADAS, CON TRASTORNO DE LA LOCOMOCION, DE ESTABILIDAD Y EQUILIBRIO, QUIEN NO CONTROLA ESFINTERES, CON DETERIORO NEUROLOGICO PROGRESIVO, CON ALTERACION EN LA ORIENTACION, NO CUMPLE ORDENES SENCILLAS, NI COMPLEJAS, CAMBIOS EN ESTADO DE ANIMO, CON CAMBIOS CONSTANTES DE POSTURA DEBIDO A POSTRACION, ACOMPAÑANTE PERMANENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS COTIDIANAS Y FISIOLOGICAS, NO REALIZA ACTIVIDADES BASICAS DE SUPERVIVENCIA (COMER, VESTIRSE, BAÑARSE).

INGRESA AL SVE N/A

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



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

MARIA CELINA PAEZ SALAZAR
CC : 27761431