

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 29/12/2024 HORA 12:48:15

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

IDENTIFICACION

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|--------------|----------------|----------|---------------|----|----|
| EMPRESA | | 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO | | | | | | |
| NOMBRE | | MARIA RAFAELA DELGADO ROJAS | | | | | | |
| CC : | 27898980 | DE VILLA ROSARIO | GENERO | | | F | | |
| EDAD | 62 | F. NACIMIENTO 05/06/1962 | LUGAR | | | VILLA ROSARIO | RH | O+ |
| DIRECCION | CALLE 4 # 10-45 BARRIO SAN MARTIN - VILLA DEL ROSARIO | | ESTRATO | | | 3 | | |
| TELEFONO | 3223600296 | | ESTADO CIVIL | SOLTERO(A) | | | | |
| NIVEL EDUCATIVO | PRIMARIA | | 0 | AREA OPERATIVA | | | | |
| CARGO | DISCAPACITADO | | HIJOS | 0 | RESPONDE | | | |
| EPS | OTRO | 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 | | | | | |
| 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 | | |

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 29/12/2024

HORA 12:48:15

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 | ANORMAL | 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 29/12/2024 HORA 12:48:15

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 : PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE MIALGIAS DADO POR DOLORES EN TRAPECIOS ESPALDA ARTRALGIAS DOLOR LIMITACION FUNCIONAL DE LA MOVILIDAD

IMPRESION DIAGNOSTICA : M791 MIALGIA;

RECOMENDACIONES : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN DE EPS, USO DE LENTES CORRECTIVOS OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

INGRESA AL SVE N/A

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



No

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

MARIA RAFAELA DELGADO ROJAS
CC : 27898980