

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 29/07/2024 HORA 11:33:57

VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER

### IDENTIFICACION

|  |                          |     |  |                |        |          |    |
|--|--------------------------|-----|--|----------------|--------|----------|----|
| EMPRESA 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO  |                          |     |  |                |        |          |    |
| NOMBRE YAQUELINE SAYAGO ROJAS                    |                          |     |  |                |        |          |    |
| CC : 37507107                                    | DE VILLA DEL ROSARIO     |     |  | GENERO         | M      |          |    |
| EDAD 47  | F. NACIMIENTO 13/02/1977 |     |  | LUGAR          | CUCUTA | RH       | O+ |
| DIRECCION CARRERA 8A #4-38 LT 2 BARRIO LA PARADA |                          |     |  | ESTRATO 3      |        |          |    |
| TELEFONO 3124255084                              | 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 |  |  |  |
| <b>ENFERMEDAD LABORAL</b>   |            |            |             |    | <b>TIPO</b>                      |    | <b>CALIFICADA</b> |    |    |  |  |  |
| NIEGA                       |            |            |             |    | N/A                              |    | NO                |    |    |  |  |  |
| <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b> |            | DIAS I.    | <b>TIPO</b> |    | <b>LESION Y PARTE DEL CUERPO</b> |    |                   |    |    |  |  |  |
| 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 |                     |        |

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LICENCIA S.O. No. 002704

FECHA 29/07/2024

HORA 11:33:57

### 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<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 29/07/2024 HORA 11:33:57

## 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 : R15X INCONTINENCIA FECAL; R620 RETARDO EN DESARROLLO;

RECOMENDACIONES : PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD, QUIEN DESDE EL NACIMIENTO PRESENTA TRASTORNO CONVULSIVO DE TIPO EPILEPSIA RECIBIENDO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ASÍ MISMO CON RETARDO EL DESARROLLO, DISTRACCION FACIL, CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO, DE LA CONDUCTA Y DEL APRENDIZAJE, CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO, CON DETERIORO NEUROLOGICO PROGRESIVO, CON ALTERACION EN LA ORIENTACION, NO CUMPLE ORDENES SENCILLAS, NI COMPLEJAS, CAMBIOS EN ESTADO DE ANIMO, NO HABLA, NO CONTROLA ESFINTERES, NO LEE NI ESCRIBE, DIFICULTAD PARA EL RECORRER TRAYECTOS LARGOS E INESTABLES, 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



No

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

YAQUELINE SAYAGO ROJAS  
CC : 37507107