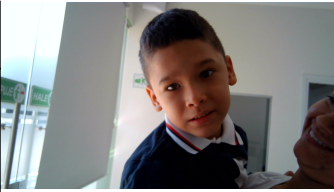


# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA 08/08/2024 HORA 09:08:47</b>		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO			
<b>NOMBRE</b> MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ			
CC : 1092017989 <b>DE</b> CUCUTA			
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO			
<b>DIRECCION</b> CARRERA 5 #3-38 MZ G LT 6 BARRIO LA PARADA			
<b>TELEFONO</b> 3006265137		<b>EDAD</b> 5 <b>GENERO</b> M <b>RH</b> O+	
<b>A.F.P.</b>		<b>A.R.L.</b>	
		<b>E.P.S.</b> OTRO	
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>PSICOLOGIA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO
		<b>OPTOMETRIA</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 MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUIEN DESDE EL NACIMIENTO PRESENTA HIDROCEFALIA CON VALVUL, RECIBIENDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, ASI MISMO CON LEUCOMALASIA PROIVENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA, ESQUINSENCEFALIA, CONNEUROPATIA ESPASTICIDAD SEVERA, HIPERRRRFLEXIA, CLONUS QUILIANO DERECHO, MARCA CON ARRASTRE PUNTA, ALTERACION EN DESARROLLO MOTOR, CON TRASTORNO CONVULSIVO TIPO EPILEPSIA, NO CUMPLE ORDENES SIMPLES NI COMPLEJAS, NO CONTROLA ESFINTERES, ACOMPAÑANTE PERMANENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS COTIDIANAS Y FISIOLÓGICAS, NO REALIZA ACTIVIDADES BASICAS DE SUPERVIVENCIA (COMER, VESTIRSE, BAÑARSE).			
<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

NO

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

**MAXIMILIANO TARAZONA HERNANDEZ**  
**CC : 1092017989**

**\*1092017989882024**