

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

|   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
|---|---------------|---|-----------------|-------------------|----|--------------------|---------------------------|---------------------|----|----|
| <b>FECHA 24/07/2024 HORA 08:16:07</b>   |               | <b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>                                       |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO  |               |  |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>NOMBRE</b> GENESIS YURIMAR SANCHEZ PEREZ   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| CC : 1092342740 <b>DE</b> VILLA DEL ROSARIO   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>CARGO</b> DISCAPACITADO  |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>DIRECCION</b> CALLE 22A #13-118 BARRIO SAN JUDAS TADEO   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>TELEFONO</b> 3118636078  |               | <b>EDAD</b> 35  | <b>GENERO</b> M | <b>RH</b> O+      |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>A.F.P.</b>   | <b>A.R.L.</b> | <b>E.P.S.</b>   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| 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>OPTOMETRIA</b> | NO | <b>VISIOMETRIA</b> | NO                        | <b>ESPIROMETRIA</b> | NO |    |
| <b>PSICOLOGIA</b>   | NO            | <b>RX TORAX</b>   | NO              | <b>RX COLUMNA</b> |    | NO                 | <b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> |                     |    | NO |
| LABORATORIO :   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| OTROS EXAMENES :  |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| CONCEPTO DE APTITUD :   |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| RECOMENDACIONES : PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD QUIEN DESDE LA INFANCIA PRESENTA TRASTORNO CONVULSIVO DE TIPO EPILEPSIA POR CUADRO CUADRO FEBRIL SECUNDAIRO A MENINGITIS, GENERANDO RETARDO MENTAL MODERADO. PACIENTE CON DEFICIT COGNITIVO Y PSICOMOTOR, ALTERACION EN EL COMPORTAMIENTO, CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO CON CONDUCTAS AGRESIVAS, CON DIFICULTAD PARA SEGUIMIENTO DE ORDENES COMPLEJAS O COMPUESTAS, DESORIENTACION CONTINUA, QUIEN REQUIERE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE DESPLAZAMIENTO Y PARA MANTENER UNA CONVERSACION. |               |   |                 |                   |    |                    |                           |                     |    |    |
| <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 Rojas*

No

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

**GENESIS YURIMAR SANCHEZ PEREZ**  
**CC : 1092342740**

**\*1092342740247202**