

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA 30/07/2024 HORA 09:30:32</b>		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO			
<b>NOMBRE</b> CARLOS ANDRES MONSALVE CACERES			
CC : 98761767 DE MEDELLIN			
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO			
<b>DIRECCION</b> CALLE 15A #14-46 BARRIO PRIMERO DE MAYO			
<b>TELEFONO</b> 3138187379		<b>EDAD</b> 39 <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 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA DESDE LA INFANCIA DETERIORO FUNCIONAL, GENERANDO SINDROME DE GUILLAN -BARRÉ, LINFOMA NO HODGKIN Y PARAPLEJIA FLACIDA, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA , EL EQUILIBRIO Y LA ESTABILIDAD, CON USO PERMANENTE DE BASTON CANADIENSE PARA RECORRER TRAMOS CORTOS Y ESTABLES, CON PRESENCIA DE ALGUIDEZ MODERADA EN ARTICULACIONES, ATROFIA MUSCULAR, DEFORMIDAD EN MIEMBROS INFERIORES, INESTABILIDAD ARTICULAR, GENERANDO NEUROPATIA CON PRESENCIA DE PARESTESIAS Y DOLOR EN POSTURAS PROLONGADAS, PARESTESIA DE HEMICUERPO INFERIOR, PACIENTE CON ACOMPAÑAMENTIENDO PERMANENTE PARA ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS, Y BÁSICAS COTIDIANAS, Y PARA SER TRASLADADO.			
<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.



carlos.monsalve

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

**CARLOS ANDRES MONSALVE CACERES**  
**CC : 98761767**

**\*987617673072024\***