

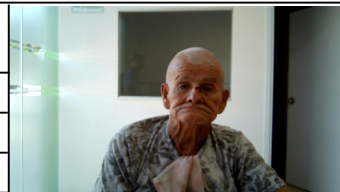
# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 002704

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

<b>FECHA</b> 25/11/2024		<b>HORA</b> 08:18:51		<b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>	
<b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO					
<b>NOMBRE</b> EFREN MALDONADO					
CC : 1024156		DE COVARICHA			
<b>CARGO</b> DISCAPACITADO					
<b>DIRECCION</b> BARRIO PRIMERO DE MAYO - VILLA DEL ROSARIO					
<b>TELEFONO</b> 3043758852		<b>EDAD</b> 90		<b>GENERO</b> M <b>RH</b> A+	
<b>A.F.P.</b>		<b>A.R.L.</b>		<b>E.P.S.</b> COOSALUD	
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>PSICOLOGIA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO	<b>RX COLUMNA</b>	NO
<b>LABORATORIO :</b>		<b>VISIOMETRIA</b> NO <b>ESPIROMETRIA</b> NO			
<b>OTROS EXAMENES :</b>		<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> NO			
<b>CONCEPTO DE APTITUD :</b>					
RECOMENDACIONES : PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DIABTES MELLITUS TIPO II INSULINODEPENDIENTE, RECIBIENDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, QUIEN PRESENTA SECUELAS Y ALTERACIONES CRONICAS TIPO CIRCULATORIO CON PRESENCIA DE POLINEUROPATIA DIABETICA, A QUIEN SE LE REALIZA AMPUTACION SUPRACONDILEA IZQUIERDA, PACIENTE CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, DISMINUCION DE FUERZA ARTICULAR, CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO, ATROFIA MUSCULAR, CON TRASTORNO DE ESTABILIDAD Y EQUILIBRIO, CON DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION POR LO QUE CUENTA CON APOYO PERMANENTE DE SILLA DE RUEDAS, DEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS, ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE.					
<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**

**EFREN MALDONADO**  
**CC : 1024156**

**\*102415625112024\***