

EMPRESA 002025 IDS - DISCAPACIDAD VILLA DEL ROSARIO

NOMBRE MARIA LUISA TORRES SOTO

CC : 23453827 DE COVARICHA GENERO M

EDAD 65 F. NACIMIENTO 21/12/1959 LUGAR CAPITANEJO

DIRECCION CALLE 3 # 14-199 BARRIO SAN GREGORIO

TELEFONO CELULAR .F. ESTADO CIVIL Soltero(a)

PESO 1 TALLA 1 I.M.C. **.*



ANTECEDENTES

| | |
|----------------------|--------------------|
| TRAUMATICOS NO NIEGA | FRACTURAS NO NIEGA |
|----------------------|--------------------|

| | |
|-------------------|-------------------|
| ESGUINCE NO NIEGA | LUXACION NO NIEGA |
|-------------------|-------------------|

| |
|----------------|
| OTROS NO NIEGA |
|----------------|

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO BIOMECANICOS LABORALES

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|--------------|------------|----------|
| Manejo de Cargas NO | Peso promedio 0 | Levantar NO | Cargar NO | Descargar NO | Empujar NO | Halar NO |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|--------------|------------|----------|

| | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Trayecto caminando | Movim. Repet. Hombro NO | Movim. Repet. Codo NO | Movim. Repet. Muñeca NO |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Video terminales menos de 4 horas NO | Video terminales mas de 4 horas NO |
|--------------------------------------|------------------------------------|

POSTURAL

| | |
|---------|--------|
| SEDENTE | BIPEDA |
|---------|--------|

| | |
|-------------|---------------|
| DE RODILLAS | POSTURA MIXTA |
|-------------|---------------|

PRUEBAS

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| Cuello inspección palpación movilidad | Espasmos NO |
|---------------------------------------|-------------|

COLUMNA VERTEBRAL

| |
|--------------------------|
| DEFECTOS NO SE EVIDENCIA |
|--------------------------|

| | |
|----------------------------|-----------------|
| CICATRICES NO SE EVIDENCIA | Signo schober 4 |
|----------------------------|-----------------|

MIEMBROS SUPERIORES

REFLEJOS OSTEOTENDINOSMIEMBROS INFERIORES

| | | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Inspección NORMAL | Radial Der 4 | Izquierdo 4 | Bostezo Negativo | Rodilla patelar Negativo |
| Palpación NORMAL | Bicipital Der 4 | Izquierdo 4 | Signo cajón Negativo | Lessegue Negativo |
| Tinnel Der Negativo | Izquierdo Negativo | Patelar Der 4 | Izquierdo 4 | Tobillos y Pies NORMAL |
| Phanel Der Negativo | Izquierdo Negativo | Aquil Der 4 | Izquierdo 4 | Movilidad NORMAL |
| Finkelstein Der Negativo | Izquierdo Negativo | Observaciones Simétricos | Inspección | NORMAL |
| Pinz. hombro Der Negativo | Izquierdo Negativo | | Palpación | NORMAL |
| Rascado de Apley NORMAL | | | | |

CONCEPTO .F.

Sospecha de enfermedad laboral NO

Remisión a EPS NO

Recomendaciones PAUSAS ACTIVAS

EMILIO CONTRERAS HENAO

MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REG. MEDICO 22684 LICENCIA S.O. 2391/2024

Maria Luisa torres soto

MARIA LUISA TORRES SOTO

CC : 23453827