28

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL

TIPO DE EXAMEN 1. INGRESO [✓] 2. PERIÓDICO [ ] 3. RETIRO [ ] 4. REINGRESO [ ] 5. CAMBIO DE OFICIO [ ] 6. OTRO [ ]

ÉNFASIS 1. OSTEOMUSCULAR [✓] 2. CARDIOVASCULAR [ ] 3. TRABAJO EN ALTURAS [ ] 4. MANIPULADOR DE ALIMENTOS [✓] 5. NO APLICA [ ] 6. OTRO [ ]

CIUDAD	FECHA	NOMBRE DE LA EMPRESA
Bta	24 06 2022	Cafam.

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA	ACTIVIDAD ECONÓMICA
	Subd. Servicios Sociales CECO: 1606.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	DOC. DE IDENTIDAD (C.C / T.I / C.E)	NÚMERO	DE	ESTRATO
Alzano Santiago Marjorie Ivonn	C.C	1233488984	Bogota	2

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	EDAD	GENERO (M / F)	ESTADO CIVIL (S / C / V / UL / D)	NOMBRE E.P.S.
11 ag. 1980	Tolima colombia	42	F	C	Famisanar

NOMBRE ARL	NOMBRE AFP	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN / PROFESIÓN
Bolivar.	Colfondos	Bachiller	Empleado

CARGO	TIEMPO DE SERVICIO EN EMPRESA (AÑOS Y MESES)	TIEMPO EN EL CARGO (AÑOS Y MESES)	DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO(S)
Aux. Dietas	6 AÑOS	6 AÑOS	Tra 87 #49A-39 Sur	3228937105

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Experiencia laboral: SI [✓] NO [ ] Antecedentes ocupacionales y principales factores de riesgo a los que ha estado expuesto

EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	SECCIÓN, CARGO Y OFICIO	TAREAS O FUNCIONES	FACTORES DE RIESGO	INTENSIDAD HORARIA	TIEMPO AÑOS Y MESES
Hospital Kennedy		NUTRICIÓN	Auxiliar de Dietas	Erg, Bio, Fis, Quim.	8 hrs	6A

OBSERVACIONES

Antecedentes de Accidentes de Trabajo: SI [ ] NO [✓] y Enfermedad Laboral SI [ ] NO [✓]

FECHA	EMPRESA - SECCIÓN - CARGO	LESIÓN O DIAGNÓSTICO	SECUELAS SI	SECUELAS NO	REUBICACIÓN SI	REUBICACIÓN NO	OBSERVACIONES

III. EXPOSICIÓN LABORAL ACTUAL SEGÚN LA MANIFESTACIÓN DEL USUARIO

DETALLE	REFIERE	NO REFIERE	DESCRIPCION DEL RIESGO
Biológico		✓	
Físico	✓		Temperaturas,
Químico	✓		Detergentes,
Biomecánico	✓		Postura Pie Retrogrado, Cargue, Arrastre.
Psicosocial		✓	
Condiciones de seguridad		✓	
Fenómenos naturales		✓	

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes Alérgicos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes Quirúrgicos u hospitalarios: Refiere (✓) No refiere ( ) Histerectomía 2010.

Antecedentes Ginecológicos G 4 P 2 C 0 A 2 V 2 M 0 E 0 | 10.10.2010 FECHA ÚLTIMO PARTO | 2009 FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | 2020 FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Método de planificación (-)

Antecedentes traumáticos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes Farmacológicos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes toxicológicos FUMA [SI] [NO✓] EXFUMADOR [SI] [NO] Nº CIGARRILLOS/DÍA | HACE CUANTO LO DEJÓ | TIEMPO DE TABAQUISMO/AÑOS

ALCOHOL [SI] [NO✓] FRECUENCIA [ ] BAJO [ ] MEDIO [ ] ALTO PSICOACTIVOS [SI] [NO✓]

Antecedentes familiares: Refiere ( ) No refiere (✓)

Actividad física: Refiere (✓) No refiere ( ) Tipo de actividad física Bicicleta 30min/día Frecuencia 6V/SEM

Actividad extralaboral: Refiere ( ) No refiere (✓)

Vacunación: Refiere (✓) No refiere ( ) Presenta carné de vacunas [SI✓] [NO]

VACUNA	FECHA	ESQUEMA COMPLETO SI	NO	NO SABE	No. DOSIS	OBSERVACIONES
Pfizer	21/04/21				2D	
Moderna	Enero 22				1D	Refuerzo

V. REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMAS	N	A	NE	OBSERVACIONES
PIEL Y ANEXOS	✓			Niegan Infecciones y/o Alergias
OJOS	✓			
ORL	✓			
CUELLO	✓			
CARDIOVASCULAR	✓			
PULMONAR	✓			Niegan Síntomas Respiratorios
DIGESTIVO	✓			Niegan Diarreas y/o Colicos
GENITAL/URINARIO	✓			
MUSCULO ESQUELÉTICO	✓			
NEUROLÓGICO	✓			
OTRO Mental	✓			

N: Normal **A:** Anormal **NE:** No evaluado

VI. EXAMEN FÍSICO

Condiciones generales: Buenas T: 36.4°C

TA: 120/70 Mmhg FC: 90 /min. FR: 14 /min. Talla: 164 mts. Peso: 83.7 kg. IMC: 31.1

Perímetro Abdominal: _____ Cm Dominancia: Diestro: X Zurdo: _____ Ambidiestro : _____

DETALLE	N	A	NE	OBSERVACIONES
CABEZA	✓			
OJOS	✓			
OÍDOS	✓			
NARIZ	✓			
OROFARINGE		✓		Eritroderma Parcial y Odontonecrosis Multiple, Prente Parcial 30%
CUELLO	✓			
DORSO	✓			
MAMAS			✓	
CARDIACO	✓			
PULMONAR	✓			
ABDOMEN		✓		Aumento Panículo Adiposo
GENITALES			✓	
EXTREMIDADES	✓			
NEUROLÓGICO	✓			
COLUMNA	✓			
MARCHA	✓			
OTRO	✓			

PRUEBAS ESPECIFICAS

	ITEM	P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	BRAZO CAÍDO		✓		
	YEGARSON		✓		
	HAWKINS		✓		
	NEER		✓		
	EPICONDILITIS LATERAL		✓		
	EPICONDILITIS MEDIAL		✓		
	PHALLEN		✓		
	TINEL		✓		

	ITEM	P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	FINKELSTEIN		✓		
	LASEGUE		✓		
	LASEGUE MODIFICADO		✓		
	THOMAS			✓	
	ESTIRAMIENTO DE FEMORAL			✓	
	CAJÓN ANTERIOR			✓	
	CAJÓN POSTERIOR			✓	
	VARO Y VALGO FORZADO			✓	

P: Positivo **N:** Negativo **NE:** No evaluado

PRUEBAS DE EQUILIBRIO		P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	DE ROMBERG SIMPLE			✓	
	PRUEBA DE ROMBERG MODIFICADO			✓	
	TALÓN-RODILLA			✓	
	DEDO-NARIZ			✓	
	DEDO – DEDO			✓	
	PRUEBA PRONO-SUPINACIÓN			✓	
	PRUEBA DE BARANY			✓	
	MARCHA A CIEGAS			✓	
	MARCHA EN TANDEM			✓	
	PISOTEO A CIEGAS			✓	

12/07/2022 - Riesgo 3

P: Positivo **N:** Negativo **NE:** No evaluado

VII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS POR LA EMPRESA PARA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO

X	NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADOS	N	A
	AUDIOMETRÍA				
	OPTOMETRÍA				
	ESPIROMETRÍA				
	EXAMEN OSTEOMUSCULAR				
	VALORACIÓN PSICOLOGÍA				
	CUADRO HEMÁTICO				
	GLICEMIA BASAL				
	COLESTEROL TOTAL				
	COLESTEROL HDL				
	COLESTEROL LDL				
	TRIGLICÉRIDOS				
	PARCIAL DE ORINA				
	COPROLÓGICO	24-06-24	(-) PPI		
	KOH DE UÑAS		(-) Para levaduras y Estructuras Micoticas.		
	FROTIS FARÍNGEO	24-06-24	Cocos Gram. Positivos (+) Sin Rta Reveladora.		
	ELECTROCARDIOGRAMA				
	OTROS				

N: NORMAL A: ALTERADO

Se entrega copia de los resultados al usuario SI NO

VIII. DIAGNÓSTICO

Diagnostico principal: (1) Obesidad Grado I E66.9

Tipo de diagnóstico: (2) Caries Dental K02.8

Diagnostico 1:

Diagnostico 2:

Diagnostico 3

IX. ANÁLISIS

Refiriendo Sig. limitantes para la Presencialidad, Se recomienda Retiro, Inyección Oral y Control por Nutricional por EPS

X. CONCEPTO MÉDICO

INGRESO ☑ 1. APTO PARA EL CARGO ☐ 2. APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL ☐ 3. APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA ☐ 4. APLAZADO

PERIÓDICO O RETIRO

- Sin alteración evidente ☐
- Presenta patología general manejada con recomendaciones medicas ☐
- Presenta patología general que requiere estudio y/o tratamiento medico ☐
- Presenta sospecha de enfermedad laboral que requiere estudio y/o seguimiento medico ☐

CONCEPTO MÉDICO SEGÚN ÉNFASIS

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS [V] APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APLICA [ ]

Tipo de restricciones:

1. Manipulación cargas superiores a: _____ Kg [ ]
2. Exposición a ruidos superiores a 85dB [ ]
3. Trabajos en alturas [ ]
4. Trabajos en espacios confinados [ ]
5. Manipulación de alimentos [ ]
6. Operación de vehiculos, equipo pesado y/o máquinas - herramientas eléctricas [ ]
7. Exposición a material particulado, gases y vapores. [ ]
8. Otro. ¿Cuál? _____

XI. RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales:

- Higiene postural y de columna [✓]
- Pausas activas [✓]
- Estilos de vida saludables [✓]
- Uso de elementos de protección personal según cargo y exposición [✓]
- Ejercicio cardiovascular regular [✓]
- Otra. ¿Cual? Cumplir Protocolo Bioseguridad Cafam.

Seguimiento en:

- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Auditiva [ ]
- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología osteomuscular [ ]
- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología asociada a riesgo psicosocial [ ]
- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología asociada a riesgo químico [ ]
- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Visual [ ]
- Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Cardiovascular [✓]
- No aplica [ ]
- Otro. ¿Cual? _____

XII. VALORACIÓN POR

MEDICINA GENERAL IMC 31.)	X
ORTOPEDIA	
FISIATRÍA	
NUTRICIÓN IMC 31.)	
FISIOTERAPIA	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
MEDICINA INTERNA	
OFTALMOLÓGIA	
OPTOMETRÍA	
NO SE REMITE	
OTRO, CUAL Odontología Priorizada para Rehabilitación Oral	

"Yo X Marjorie Lozano, declaro que la información suministrada es verídica y no he ocultado datos para establecer con certeza mi estado de salud y de aptitud ocupacional. Hago constar que he recibido una copia de la presente Historia Clínica Ocupacional, la he leído, me ha sido explicada, la he entendido a cabalidad, acepto y estoy conforme con todo su contenido. Así mismo autorizo al médico de CAFAM, para que solicite la(s) prueba(s) complementaria(s) requerida(s), que dentro de la evaluación médica ocupacional sean necesarias para precisar el diagnóstico según lo estipulado en la Resolución 2346 /07 y 1918 /09 del Ministerio de la Protección Social. En constancia, firmamos:"

SUBDIRECCIÓN DE SALUD ... CANTOR ESPINEL ... C.C. 79615537

NOMBRE Y FIRMA
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 4234-19

X Marjorie Lozano.

NOMBRE Y FIRMA
TRABAJADOR
CEDULA: 1233488980