

Hecho**TEST OSTEOMUSCULAR**PISO 2 / 122.

Nombre: Tomas Martinez Cuesta Fecha: 20/04/2023  
C.C.: 4794278 Edad: 67 Años  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Remitido: Patología

Código  
**Clinisur**  
Salud Ocupacional  
DE - CA - FT - 33  
Versión: V04

TEST OSTEOMUSCULARES		SI	NO
1.	AMPUTACIÓN DE BRAZO, MANO, DEDOS, PIERNA O PIE		X
2.	OSTEOMIELITIS CRÓNICA (Enfermedad infecciosa en los huesos)		X
3.	SECUELAS DE POLIO		
4.	ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE O ARTROSIS DEGENERATIVA		X
5.	DOLOR O PROBLEMAS EN EL CUELLO		
6.	LUXACIONES DE HOMBRO, CODO O RODILLA (Dislocación)		X
7.	TIENE ANTECEDENTES O SÍNTOMAS ACTUALES DE TÚNEL DEL CARPO MANGUITO ROTADOR, EPICONDILITIS, TENOSINOVITIS, DEDO EN GATILLO, ENFERMEDAD DE QUERVAIN		X
8.	PRESENTA SÍNTOMAS DE DOLOR EN MANOS, CODOS Y/O HOMBROS		X
9.	PRESENTA HORMIGUEO EN SUS MANOS		X
10.	RUPTURA DE DISCOS INTERVERTEBRALES - HERNIA DISCAL		X
11.	CIRUGÍA DE COLUMNA		X
12.	ALGUNA VEZ SE HA LESIONADO O HA TENIDO PROBLEMAS DE ESPALDA		X
13.	ALGUNA VEZ HA USADO UN APARATO DE SOPORTE ORTOPÉDICO EN LA ESPALDA		X
14.	PRESENTA DOLOR O PROBLEMAS EN LAS RODILLAS		X
15.	¿TIENE DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR?		X
16.	¿TIENE PENDIENTE ALGUNA CIRUGÍA HA REALIZAR?		X

Fecha: 20/04/2023 **CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Yo Tomas Martinez Cuesta con C.C. 4794278 autorizo que me sean practicados los exámenes clínicos y complementarios ocupacionales, manifiesto libre y voluntariamente que sean elaborados por los profesionales designados para realizar dichos procedimientos.

FIRMA: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
Dirección Científica	Sub-Gerente Administrativa:	Gerente