HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

http://www.controlarsalud.com/



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	Nit: 830103479-8
Dirección	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana	
Teléfonos:	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	e-mail: controlarsalud@yahoo.com.mx

FECHA DE EXAMEN 2023/01/10
TIPO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUCILA DOTTOR MONTOYA			Identificación CC	Nro 1014196087
Fecha de Nacimiento	1988-11-11	Edad	34	Sexo	F
Empresa	Particular				
Cargo					
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL			Estrato	3
Sucursal	NO APLICA	Fecha Ingreso			
Acompañante / Parentezco	LICIÑO MOMTOYA / TIA	Teléfono Acompañante		2231315	
Composicion familiar	HIJOS	Raza	Mestiza		

DEFAULT

DATOS RESPONSABLE
NOMBRE
PARENTESCO
TELEFONO

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS	
PRACTICA DEPORTE	SI
FRECUENCIA DEPORTE	MENOS DE 3 VECES POR SEMANA
LESIONES DEPORTIVAS	NO
OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES	NO
TABAQUISMO	
FUMA	NO
CIGARRILLOS DIA	
EXFUMADOR	NO
HACE CUANTO DEJO	
ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS	
ALCOHOL	NO
ALCOHOL FRECUENCIA	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO

INMUNIZACIONES

VACUNAS	
APORTA CARNET	
H1N1	No Refiere
FIEBRE AMARILLA	No refiere
FIEBRE TIFOIDEA	No refiere
HEPATITIS A	No refiere
HEPATITIS B	No refiere
INFLUENZA	No refiere
MENINGOCOCO	No refiere
NEUMOCOCO	No refiere
RABIA CURATIVA	No refiere
RABIA PREVENTIVA	No refiere
RUBEOLA	No refiere

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

SARAMPION	No refiere
TETANOS	No refiere
TRIPLE VIRAL	No refiere
VARICELA	No refiere
VPH	No refiere
COVID 19	Dosis 2

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
¿REPORTA ACCIDENTE DE TRABAJO?	NO
¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?	NO

ANTECEDENTES-FAMILIARES

FAMILIARES	
ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR	NR
ENFERMEDAD TIROIDEA	NR
CEGUERA COGENITA	NR
CANCER	NR
SORDERA CONGENITA	NR
HIPERTENSION ARTERIAL	NR
CARDIOPATIAS	NR
DIABETES	NR
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NR
SINDROME CONVULSIVO	NR
ENFERMEDAD MENTAL	NR
ENFERMEDAD RENAL	NR
ULCERA	NR
OSTEOMUSCULAR	NR
MALFORMACIONES	NR
ARTRITIS	NR
OTROS	NR

ANTECEDENTES-PERSONALES

PERSONALES	
ALTERACIONES DE PESO Y OTROS	NO REFIERE
DERMATOLOGICOS	NO REFIERE
VISUALES	NO REFIERE
AUDITIVOS	NO REFIERE
RESPIRATORIOS	NO REFIERE
ALERGICOS	NO REFIERE
CARDIOVASCULAR	NO REFIERE
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE
GENITOURINARIO	NO REFIERE
RENAL	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
TRAUMATICOS	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE
ENDOCRINO	NO REFIERE
CANCER	NO REFIERE
MAMAS	NO REFIERE
INFECCIONES	NO REFIERE
HEMATOLOGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS	NO REFIERE

NIEGA TRASTORNOS DE ANSIEDAD O DEPRESION

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MENARQUIA	13 AÑOS
CICLOS	30/8
DISMENORREA	NO

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

http://www.controlarsalud.com/

MENOPAUSIA	NO	
FUM	5/19/2023	
FUC	2010 NEGATIVA	
ENFERMEDAD DE SENO	NO	
PLANIFICACION	SI	POMEROY
FUPARTO	2007	
GESTACIONES	2	
CESAREA		
PARTOS	2	
ABORTOS		
MORTINATOS		
ECTOPICOS		
VIVOS	2	

REVISION POR SISTEMAS

ORGANO O SISTEMA		
ORGANOS DE LOS SENTIDOS	NO REFIERE	
CARDIORESPIRATORIO	NO REFIERE	NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA FIEBRE NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON SINTOMATICO RESPIRATORIO
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE	
GENITOURINARIO	NO REFIERE	
NEUROLOGICO	NO REFIERE	
PIEL Y FANERAS	NO REFIERE	
LOCOMOTOR	NO REFIERE	NIEGA DOLOR
MENTAL	NO REFIERE	
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE	NIEGA DOLOR
HEMATOLOGICO Y LINFATICO	NO REFIERE	
ORGANO O SISTEMA	NO REFIERE	
OTROS	NO REFIERE	

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL	EL TRABAJADOR REFIERE ESTAR ASINTOMATICO AL MOMENTO DE LA VALORACION NIEGA TRASTORNOS DE ANSIEDAD O DEPRESION

EXAMEN FISICO

INFORMACION GENERAL	
PRESION ARTERIAL SENTADO	120/80
PRESION ARTERIAL ACOSTADO	NO EVALUADO
PRESION ARTERIAL DE PIE	NO EVALUADO
FRECUENCIA CARDIACA (min)	70
TALLA (cm)	157
RITMICO	SI
PESO (kg)	59
PULSO (min)	70
INDICE MASA CORPORAL(IMC)	23.94
CLASIFICACION	Peso Normal
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	16
PERIMETRO ABDOMINAL(cm)	75
COMPLEXION	GRUESA
TEMPERATURA	AFEBRIL AL TACTO
DOMINANCIA	DIESTRO
ORGANO O SISTEMA	
ASPECTO GENERAL	NORMAL
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMAL
CARA	NORMAL
OJOS	
GLOBO OCULAR	NORMAL
PARPADOS	NORMAL
CONJUNTIVAS	NORMAL

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

ESCLEROTICAS	NORMAL	
PUPILAS	NORMAL	
CORNEAS	NORMAL	
FONDO DE OJO	NORMAL	
AGUDEZA VISUAL	NORMAL	
OIDOS		
PABELLON	NORMAL	
OTOSCOPIA	NORMAL	
NARIZ		
TABIQUE	NORMAL	
MUCOSAS	NORMAL	
CORNETES	NORMAL	
SENOS PARANASALES	NORMAL	
BOCAFARINGE		
LABIOS	NORMAL	
LENGUA	NORMAL	
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	
ATM	NORMAL	
PALADAR	NORMAL	
DENTADURA	NORMAL	
OTRO	NORMAL	
CUELLO-TORAX		
CUELLO/TIROIDES	NORMAL	
TORAX	NORMAL	
CARDIORESPIRATORIO		
PULMONES	NORMAL	NORMOVENTILADA SIN AGREGADOS
CORAZON	NORMAL	
GASTROINTESTINAL		
ABDOMEN	NORMAL	
VISCERAS	NORMAL	
GENITOURINARIO		
GENITALES	NORMAL	
HERNIAS	NORMAL	
EXTREMIDADES		
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	
TINEL	NEGATIVO	
PHALEN	NEGATIVO	
FINKELSTEIN	NEGATIVO	
VARICES(GRADO)	NORMAL	
NEUROLOGICO		
NEUROLOGICO	NORMAL	
TEST VERTIGO	NORMAL	
ROMBERG		
ROMBERG SENSIBILIZADO		
UNTERBERGER		
IMPRESION PSICOLOGICA		
IMPRESION PSICOLOGICA	NORMAL	
LOCOMOTOR		
LOCOMOTOR	NORMAL	
OTROS		
OTROS	NORMAL	

EXAMEN OSTEOARTICULAR

LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES	
DERECHA	NORMAL
IZQUIERDA	NORMAL
BALANCE PELVICO	NORMAL
DESVIACION LATERAL	NO DESVIACION

	HOMBROS		CODOS		MANOS		DEDOS		CADERA		RODILLAS		TOBILLOS		DEDOS PIES	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
DEFORMIDAD																
RUBOR																
CALOR																

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

http://www.controlarsalud.com/

SENSIBILIDAD																
EDEMA																
DOLOR																
LIMITACION																

EXAMEN DE COLUMNA

INSPECCION	
INSPECCION	NORMAL
SIMETRIA(PA)	NORMAL
CURVATURA(lat)	NORMAL
PALPACION	
PALPACION	NORMAL
DOLOR	NORMAL
ESPASMO	NO PRESENTA
MOVILIDAD	
MOVILIDAD	NORMAL
FLEXION	NORMAL
EXTENSION	NORMAL
FLEXION LATERAL	NORMAL
ROTACION	NORMAL
MARCHA	
MARCHA	NORMAL
POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL
PUNTAS	NORMAL
TALONES	NORMAL
SIGNO	
LASSEGUE	NEGATIVO
TEST DE WELLS	
TEST DE WELLS	NO EXPLORADO
TEST DE SHOBER	
TEST DE SHOBER	NO EXPLORADO

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR

REFLEJOS	+++++	++++	+++	++	+	-
Bicipital		X				
Tricipital		X				
Estiloradial		X				
Patelar		X				
Aquiliano		X				
FUERZA	5	4	3	2	1	0
Paravertebrales		X				
Pectoral		X				
Hombro		X				
Brazo		X				
Antebrazo		X				
Mano		X				
Cadera - Gluteo		X				
Muslo		X				
Pierna		X				
Cuello de pie y pie		X				

EXAMENES AUXILIARES

EXAMENES AUXILIARES
ESPIROMETRIA
ELECTROCARDIOGRAMA
RADIOGRAFIA TORAX
RADIOGRAFIA COLUMNA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
OTROS

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 , Z100: Examen de salud ocupacional

Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana
PBX. 7420428 Celular: 3107934325 Bogotá - colombia

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
DIAGNOSTICO 6	
DIAGNOSTICO 7	
IMPRESION DIAGNOSTICA	AUDICION NORMAL BILATERAL. EMETROPE
OBSERVACIONES	NINGUNA
RECOMENDACIONES	SE REALIZA VALORACION SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EL TRABAJADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES OCUPACIONALES PARA LA LABOR USO DE EPI, SEGUIR INDICACIONES DISTANCIAMIENTO SOCIAL USO DE TAPABOCAS PERMANENTE Y LAVADOS DE MANOS Y DEMAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE MINSALUD PARA EL ENTORNO LABORAL Y GRUPOS DE RIESGO PARA COVID 19

IDENTIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE

DIAGNOSTICO 1	PACIENTE SANO
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Certifico que he comprendido, los beneficios , la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales. Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son veridicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda coerción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que CONTROLAR SALUD INTEGRAL LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a CONTROLAR SALUD INTEGRAL LTDA. para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

Julio Cesar Ortiz Bueno
Especialista en Salud Ocupacional
LS O 10171/08

JULIO CESAR ORTIZ BUENO
RM 68220598
Firma y sello del médico evaluador

LUCILA DOTTOR MONTOYA
CC 1014196087
Firma del trabajador evaluado

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

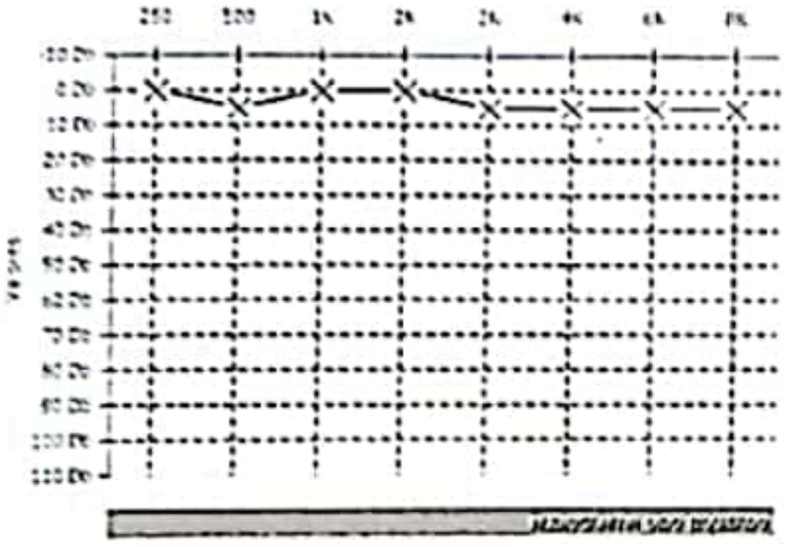
HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Controlar

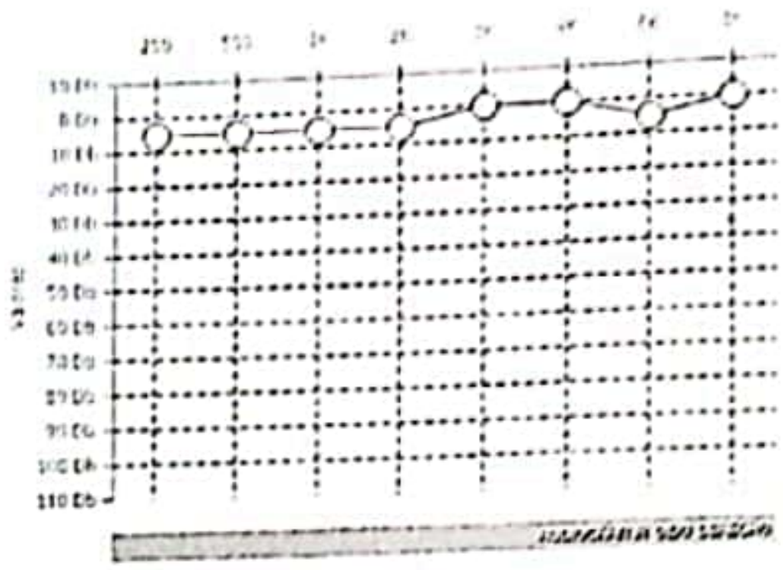
www.controlnrsalud.com

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CADHC

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
NORMAL(0-25DB)			X	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA		
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	

RECOMENDACIONES

CONTROL ANUAL, TOMAR DESCANSOS ROTAR DIADEMA DE OIDO CADA 30 MINUTOS. CONTROLAR VOLUMEN A LA DIADEMA, EVITAR ESCUCHAR MUSICA CON AUDIFONOS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL.

OBSERVACIONES

CONTROL PERIODICO SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA, SE ATIENDE AL PACIENTE CON PROTOCOLOS E IMPLEMENTOS DE BIOSEGURIDAD.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

MAGDA MONICA GAITAN
C.C 20423635 R.M LSO 9028
Firma y sello del Médico Evaluador

LUCILA DOTTOR MONTOYA
C.C 1014196087
Firma del trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

http://www.controlarsalud.com/

PERCEPCION

COLOR	NORMAL CON TEST DE ISHIHARA
PROFUNDIDAD	NORMAL A 25 SEG DE ARCO SC

MOVIMIENTO

COVER TEST	
VL	ORTHOFORIA
CONVERGENCIA	
LUZ	10CMS
COVER TEST	
VP	EXOFORIA
CONVERGENCIA	
OR	7 CMS

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	FONDO DE OJO CON APARIENCIA NORMAL
OJO IZQUIERDO	FONDO DE OJO CON APARIENCIA NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	NEUTRO

RX FINAL

OJO DERECHO	
OJO DERECHO	NEUTRO
AV	20/20
OJO IZQUIERDO	
OJO IZQUIERDO	NEUTRO
AV	20/20

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	PACIENTE SANO, SE RECOMIENDA USO DE FILTRO UV, USO DE LAGRIMAS ARTIFICIALES

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z010: Examen de ojos y de la visión
IMPRESION DIAGNOSTICA	EMETROPE

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES	CONTROL ANUAL

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Luz Danneris Martinez S
Optómetra Esp OSST
Res 8928

LUZ DANNERYS MARTINEZ SABIO
RM: 30760074
Firma y sello del médico evaluador

LUCILA DOTTOR MONTOYA
CC 1014196087
Firma del trabajador evaluado

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner