



# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01  
Versión: 4  
Fecha: 13/11/2015  
Página: 3 de 4



Fecha: 05/08/2020

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 1144030757

## 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: HERNANDEZ URZOLA Nombres: JOSE MANUEL  
 Identificación: 1144030757 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Edad: 30  
 Estado Civil: SOLTERO Estrato: 2 Dpto. de Nacimiento: VALLE DEL CAUCA  
 Fecha Nacimiento: 19/12/1989 Ciudad Nacimiento: CALI Sexo: MASCULINO  
 Teléfono: 3167461448 Cd residencia: CALI Escolaridad: SECUNDARIA  
 Direc reside: CIUDAD CORDOBA email: JMANUELHERNANDEZ1989@  
 Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica Nacionalidad: Colombia  
 E.P.S: SOS SERVICIO A.R.L: NO TIENE A.F.P: No Tiene  
 Empleador: Particular Act. Económ: PARTICULAR  
 En Misión: Act. Económ: NA  
 Fecha Ingreso: 05/08/2020 Cargo: AUXILIAR Sección: AUXILIAR



## 2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador: GOBERNACION DEL VALLE Empresa en mision:  
 Cargos Desempeñados: AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
 Tiempo de Exposición: Años: 3 Meses: 06 Actividad Económica: GOBERNACION DEL VALLE  
 Descripción Funciones: MANEJO DEL ARCHIVO Mediciones Ambientales: No Aplica

### Riesgos a los que Estuvo Expuesto

Físicos					Químicos						
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp
Ergonómicos				Otros:							
Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos	Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp

Empleador: Empresa en mision:  
 Cargos Desempeñados:  
 Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:  
 Descripción Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

### Riesgos a los que Estuvo Expuesto

Físicos					Químicos						
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp
Ergonómicos				Otros:							
Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos	Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp

Empleador: Empresa en mision:  
 Cargos Desempeñados:  
 Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:  
 Descripción Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

### Riesgos a los que Estuvo Expuesto

Físicos					Químicos						
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp
Ergonómicos				Otros:							
Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos	Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 4 de 4



Fecha: 05/08/2020 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 1144030757

### 2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

### 3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales	Incap:	Dias:
	ARL:					
	ARL:					
	ARL:					

Observaciones: NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES, NIEGA ENFERMEDADES PROFESIONALES.

### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	No Refiere	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	No Refiere
Diabetes:	No Refiere	6. Cerebrovasculares:	No Refiere	9. Cancer:	No Refiere
Observaciones:	NO				

### 5. ANTECEDENTES PERSONALES

Causa	Causa	Causa
1. Infeccioso:	<input type="checkbox"/> 7. Digestivo:	<input type="checkbox"/> 13. Osteomuscular:
2. Cefalea:	<input type="checkbox"/> 8. Genitourinario:	<input type="checkbox"/> 14. Piel Anexos:
3. Visual:	<input type="checkbox"/> 9. Endocrinólogo:	<input type="checkbox"/> 15. Traumático:
4. Oídos, Nariz, Gargante:	<input type="checkbox"/> 10. Hematológico:	<input type="checkbox"/> 16. Quirúrgico:
5. Pulmones:	<input type="checkbox"/> 11. Alérgico:	<input type="checkbox"/> 17. Farmacológico:
6. Cardiovascular:	<input type="checkbox"/> 12. Neurológico:	<input type="checkbox"/> 18. Otro:
19. Metabólicos:	<input type="checkbox"/>	

Observaciones: NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. NO REFIERE CONTACTO CON PACIENTES COVID 19. NO SÍNTOMAS FIEBRE ESCALOFRIÓ MIALGIAS ARTRALGIAS BROTES EN PIEL EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

### 6. REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OTORRINOLARINGOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OFTALMOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 RESPIRATORIOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 CARDIOVASCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 GENITOURINARIO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OSTEOMUSCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 NEUROLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 ENDOCRINOLÓGICO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 PSICUIÁTRICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

### 7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Cigarrillo: NO No. Cigarrillos al día: Años: 0 Meses: 0 Tiempo Abandono: Años: 0 Meses: 0  
 Licor: NO Frecuencia: N/A Años: 0 Meses: 0 Tiempo Abandono: Años: 0 Meses: 0  
 Actividad Física - Deporte: NA Frecuencia: NAN  
 Actividad Extralaborales: AN Frecuencia: AN

### 8. ESQUEMA DE VACUNACION

Tetano: Hepatitis B: F. Amarilla: Influenza Estacional: Influenza H1N1: MMR: Varicela: Hepatitis A: Otras:  
 No. Dosis:  
 F.U.D



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 5 de 4



Fecha: 05/08/2020 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 1144030757

### 9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	MAMA	Cantidad:	1
Familiar:	PAPA	Cantidad:	1
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

### 10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 83 Talla (m): 1,74 I.M.C.: 27,41 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO  
 T.A. Sentado (mmHg) : 100/80 Perimetro Abdominal (Cm): 93 Pulso (LPM): 74  
 Aspecto General: BUENO

### 11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetría:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetría:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lombosacra:	Simetría:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

Prueba Tinnel: NORMAL  
 Prueba Phalen: (flexión completa de ambas muñecas \* 1min) NORMAL  
 Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar) NORMAL

Observación: SIMETRIA CON ARCOS DE MOVILIDAD NORMAL  
 LASEGUE NEGATIVO, EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

### 12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NORMAL
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oídos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL		
Torax:	Senos:	NORMAL	Pulmones:	NORMAL	Corazón:	NORMAL		
Abdomen:	Pared:	NORMAL	Více. (magalias):	NORMAL	Hernias:	NORMAL		
Cuello:	Cuello:	NORMAL						
Piel:	Piel:	NORMAL						
Genitales:	Genitales:	NORMAL						
Vascular:	Periférico:	NORMAL	Linfáticos:	NORMAL	Varice:	NORMAL		
Sist. Nervioso:	Reflejos:	NORMAL	Marcha:	NORMAL	Coordinación:	NORMAL		

Observaciones: CUELLO, TORAX Y CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO MASAS NI HERNIAS, EXTREMIIDADES SIN ALTERACIONES, NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT. PRUEBAS DE COORDINACIÓN NORMALES

Agudeza Visual Cercana:	Ojo Derecho:	0.5 M	Ojo Izquierdo:	0.5 M	<input type="checkbox"/> Con Corrección	<input checked="" type="checkbox"/> Sin Corrección
Agudeza Visual Lejana:	Ojo Derecho:	20/20	Ojo Izquierdo:	20/20	<input type="checkbox"/> Con Corrección	<input checked="" type="checkbox"/> Sin Corrección

Otoscopia:	Normal:	OD: SI	OI: SI	Timpanopatía:	OD: NO	OI: NO
	Tapón:	OD: NO	OI: NO			

Dentadura:	Buen Estado:	SI	Completa:	SI	Prótesis:	NO
------------	--------------	----	-----------	----	-----------	----

Observaciones: NINGUNA



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 6 de 4



Fecha: 05/08/2020 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 1144030757

## 13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

## 14. DIAGNOSTICO

R635 AUMENTO ANORMAL DE PESO: Signos sintomas y otros diagnósticos inespecíficos

Impresión Diagnostic

## 15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

### TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas: NO APLICA  
Trabajo en espacios confinados: NO APLICA  
Trabajo como brigadista: NO APLICA  
Trabajo con energía de alta tensión: NO APLICA  
Trabajo con radiaciones ionizantes: NO APLICA  
Trabajo en altas temperaturas: NO APLICA  
Trabajo en bajas temperaturas: NO APLICA

Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA  
Trabajo en ambientes hiperbáricos: NO APLICA  
Manipulación de alimentos: NO APLICA  
Conducción de vehículos: NO APLICA  
Manipulación sustancias químicas::: NO APLICA

### REMISIONES:

NINGUNA

Observación  
NINGUNA

### RESTRICCIONES:

NO NO

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Control de Peso, Dieta

PVE VISUAL	<input type="checkbox"/>	PVE AUDITIVO	<input type="checkbox"/>	PVE RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>
PVE ERGONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	PVE CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	PVE PSICOSOCIAL	<input type="checkbox"/>
PVE QUIMICO	<input type="checkbox"/>	PVE Radiaciones Ionizantes	<input type="checkbox"/>	PVE BIOLÓGICO	<input type="checkbox"/>

### OBSERVACIONES GENERALES

NINGUNA

*Jose Manuel Hernandez Urzola*

JOSE MANUEL HERNANDEZ URZOLA

c.c: 1144030757

*Martha Lucia Oliva Delgado*

Martha L. Oliva D.  
MEDICO SALUD OCUPACIONAL  
LTO 2506/2016 - R.N. 1066/96

Martha Lucia Oliva Delgado

Registro: 1066/96

Lic: 2506/2016