

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

## Encuesta de Malestar Ergonómico A ser diligenciado por el empleado

NOMBRE: Carlos Humberto Quintero Franco

Fecha: 26 Feb 2017  
C.C. 14621637

Área de Trabajo: Pesaje Cargo Operario de Pesaje

1. Describir las tareas del trabajo y el tiempo dedicado a cada tarea por día:

Tarea:	Tiempo
<del>_____</del>	<del>_____</del>

2. ¿Usted rota en su puesto de trabajo?  SI  NO

3. Señale el porcentaje de tiempo que permanece en las siguientes posiciones durante su jornada laboral:

Sentado:     % De Pie:     % Silla Sentado Parado:     %

4. Usted levanta, empuja o hala cargas: Si:  No:

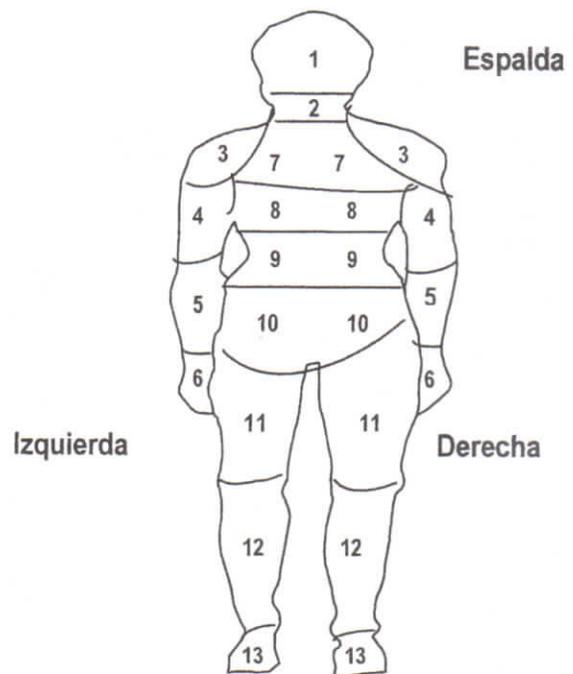
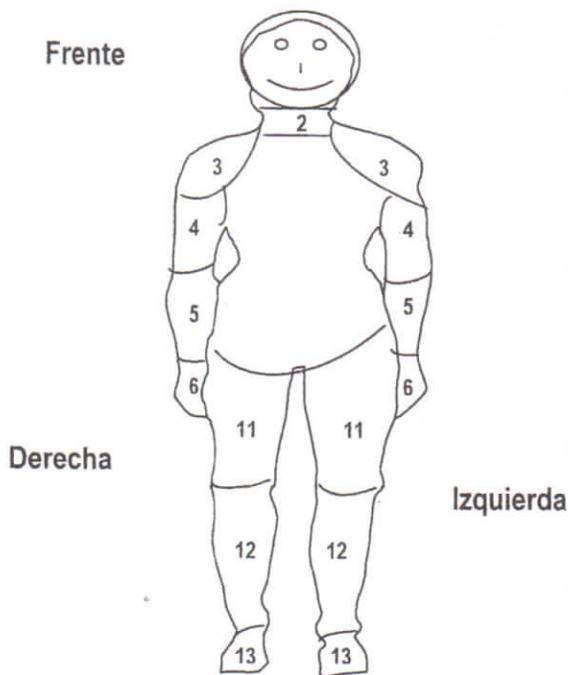
5. Usted: No hace Ejercicio  o práctica ejercicio suave (ej., subir escaleras, caminar 3 cuadras,)  o realiza Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, 30 min menos de 4x/semana.)  o usted realiza ejercicio vigoroso regular (es decir, 30 min más de 4x/semana.)

6. Mencione algún(os) Hobbie(s) en el que use más de 4 horas por semana bailar

7. ¿Ha experimentado dolor o molestias (entumecimiento, hormigueo, adormecimiento) en casa? SI  No

8. ¿Ha experimentado dolor o molestias (entumecimiento, hormigueo, adormecimiento) durante el trabajo? SI  No

Si respondió SI, en la pregunta 8: marque los sitios de las molestias en el grafico siguiente y responda las preguntas  
Si respondió NO vaya a la pregunta # 18 y no responda las preguntas de la 9 a la 17





# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL:  Pre Ocupacional  Egreso  Periódico  Otra

ACTIVIDAD ECONOMICA 2242401 EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACIÓN DE JABONES Y DETERGENTES, PREPARADOS PARA LIMPIAR Y PULIR; PERFUMES Y PREPARADOS DE TOCADOR INCLUYE LA FABRICACIÓN DE ARTÍCULOS PARA TOCADOR

DEPARTAMENTO, CIUDAD Y FECHA: Valle del Cauca, Cali 26-Feb-2017

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADO Cédula: 14621637

Apellidos: Quintero Franco Nombres: Carlos Humberto

A.R.L.: COPATRIA E.P.S/ PENSION: S.O.S / Porvenir.

Dirección/Ciudad: Calle 72k # 26N 67 Teléfono: 3022567682

Edad: 33 años Estado Civil: S  C  U.L  D  V  Dependientes: 3

Escolaridad: Marque el último nivel finalizado o el actual si lo está desarrollando.

Tecnológico Incompleto  Tiene aplazado Tecnología Completa   
 Técnico Incompleto  administración. Técnico Completo   
 Universitario Incompleto  Universitario Completo   
 Postgrado Incompleto  Postgrado Completo

2. ANTECEDENTES LABORALES: Indique, cargos desempeñados, fechas de ingreso y retiro, comenzando desde la más reciente a la más antigua. Tiempo en años y meses de antigüedad en cada cargo u oficio desempeñado y una breve descripción. Retirarse el aspirante F.I. Boron

Sección / cargo u oficio	Tiempo en años y meses	Descripción
Producción / Operario	7 meses	recubridor de medicamentos, Preparar soluciones, control proceso
Modelos internacionales	3 años	recubridor Pastillas, Operario de Extruder y Mezcladora
Chicas Adams	1 año	recubridor Pastillas, Operario Seleccionado

3. ANTECEDENTES DE INCIDENTALIDAD O ENFERMEDAD PROFESIONAL: Indique si ha sufrido accidentes de trabajo o si presenta alguna enfermedad relacionada con el trabajo. Retirarse aspirante F.I. Boron

Empresa/Actividad Económica	Sección / cargo u oficio	Fecha del Evento	Causa del Evento
Ninguna	enf. laborales		
Ninguna	accidentes laborales.		

Amplíe información relacionada con la atención de estos eventos: fue atendido, en donde, recibe aun tratamiento: /

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

## 4. EXPOSICIÓN ACUMULADA A DIVERSOS FACTORES DE RIESGO

Liste los factores de riesgo a los que haya estado expuesto, anotando niveles de exposición y valores límites permisibles a la fecha de la medición, si los hay, en cada oficio realizado, mencione el tiempo en años y meses de exposición a cada agente y factor de riesgo y las medidas de control implementadas.

Factores	si	no	Tiempo acumulado	Especifique la empresa, niveles de exposición y métodos de control si los conoce
<b>FISICOS</b>				
Ruido Industrial	x		6 años.	Tapacorchos de copa y de inserción.
Vibración		x		
Sobrecarga térmica (calor-frío)		x		
Iluminación deficiente		x		
Radiaciones no ionizantes		x		
Radiaciones ionizantes		x		
Presiones Anormales		x		
<b>QUÍMICOS</b>				
Gases		x		
Polvos orgánicos		x		
Polvos inorgánicos	x		4 años.	Respirador Medica como
Humos metálicos		x		
Humos de combustión		x		
Rocíos		x		
Neblinas		x		
<b>BIOLOGICOS</b>				
Bacterias, virus, hongos, etc	x		9 años.	Respirador Medica y Monitoreo
<b>ERGONOMICOS</b>				
Sobreesfuerzos		x		Gauntts nitrilo.
Manipulación de cargas		x		Traje manija especial.
Postura estática		x		
Postura dinámica		x		
Movimientos repetitivos	x		Desage. 4 años	Pausa activa.
<b>PSICOSOCIALES</b>				
Medio ambiente físico de trabajo		x		
Factores propios de la tarea		x		
Organización del tiempo de trabajo.		x		
Gestión administrativa de la empresa		x		
<b>OTROS</b>				
		x		

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Congénitos		/	
Traumáticos		/	
Medicamentosos		/	
Alérgicos		/	
ANTECEDENTES QUIRURGICOS		/	Ox Refractiva
ANTECEDENTES HOSPITALARIOS		/	

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

FUM  FUP   
 G  P  C  A  V  M  PLANIFICACION   
 Fecha de última Citología  Resultado

Detraer el copivante F. J. Bonow

Hábitos	Si	No	Especifique
Fuma		X	No de cigarrillos día: Número de años fumando:
Ex-fumador (más de un año)		X	
Licor	X	.	Frecuencia y cantidad: Ocasional / Fiestas
Ejercicio físico		X	Frecuencia semanal: Duración de las sesiones:

**7. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Detraer el copivante F. J. Bonow

Enfermedades	Si	No	Especifique-observaciones
Cáncer	X		Pi P-p-1 fucido de cancer color
Diabetes		X	/
Cardiovasculares		X	
Alergias		X	
Congénitas		X	
Tuberculosis		X	
Psiquiátricas		X	
Otras		X	

**8. ESTADO DE SALUD ACTUAL**

¿Ha presentado alguna enfermedad en los últimos 15 días: Si \_\_\_\_\_ No X

En caso afirmativo, ¿Cuál fue la causa? /

¿La enfermedad originó incapacidad? Si \_\_\_\_\_ No X

En caso afirmativo, ¿Cuántos días? /

¿Recibe algún tratamiento en la actualidad? Si \_\_\_\_\_ No X

Especifique /

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Información Adicional Dejar en blanco

## 5. INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo Actual: Operario peaje Sección: Ciudad

División: S&M  Operaciones  Otro

Descripción: Peaje y abogacía de materia prima, general etiquetas, manipular materia prima, DAF

Riesgos ocupacionales a los que esta está expuesto (E emplear clasificación de riesgos relacionada en el punto anterior):

Ergonómico, visual, psicosocial, Químico, respiratorio, motorizado.

## 6. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD (diligenciado por el médico)

Referir al copio ante F. J. Bora.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	SI	NO	Especifique
Sistema Nervioso Central		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sistema Nervioso Periférico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ojos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Oídos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	
Garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiovasculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Respiratorios		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gastrointestinales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Metabólicos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Endocrinos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Renales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Urinarios		<input checked="" type="checkbox"/>	
Órganos reproductores		<input checked="" type="checkbox"/>	
Genitales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Musculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Articulares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Óseos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Piel y faneras		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hematopoyéticos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sistema inmune		<input checked="" type="checkbox"/>	
Mentales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Estado Actual de Salud Deferente "loren"

9. EXAMEN FISICO: Peso (Kg) 71.7 Talla (Cm) 1.78 I.M.C. 22.6 F.C. 69 F.R. 17.3  
 T.A. NOAS Dominancia: Diestro  Siniestro  Ambidiestro

ORGANO O SISTEMA		Normal	Anormal	OBSERVACIONES
Aspecto General		/		
Piel y Faneras		/		
Cráneo		/		
OJOS	Párpados	/		/
	Conjuntivas	/		
	Pupilas	/		
	Córnea	/		
	Fondo de ojo	No se evalúa		
OIDOS	Pabellón	/		
	Conductos	/		
	Tímpanos	/		
NARIZ	Tabique	/		
	Cornetes	/		
BOCA	Encía-paladar	/		
	Faringe y amígdalas	/		
CUELLO- TIROIDES		/		
TORAX		/		
EXAMEN DE MAMAS		No se evalúa		
PULMONES		/		
CORAZON		/		
ABDOMEN	Vísceras	/		
	Pared abdominal	/		abdomen glicoso
	Ganglios	/		
	Genitales externos	No se evalúa		
EXTREMIDADES	Miembros Superiores	Ingreso paciente por sus propios medios con marcha normal no coherente con altura de estatura		
	Miembros Inferiores	Flexión 70° con retracción miembros		
	Pulsos	roborel. con de extremidad		
	DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL	normal, sin hallazgos patológicos. no patológico, fuerza de prensión normal		
SISTEMA NERVIOSO	Marcha	normal		
	Sensibilidad	/		
	Reflejos	/		

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

## EXAMEN OSTEOARTICULAR

SINTOMAS	DEDOS MANOS		DEDOS PIES		MUÑECA		CODOS		HOMBROS		RODILLAS		CADERA		TOBILLOS	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Deformidad																
Rubor																
Calor																
Sensibilidad																
Edema																
Dolor																
Limitación																

FUNCIÓN MOTORA ESPONTÁNEA SI  NO ( ) CONSERVADA SI  NO ( )

NORMAL: SI  NO ( ) OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

10. REGISTRO DE VACUNACIÓN *Hemodilución: Operativa*

Vacuna	1era dosis	2da dosis	3ra dosis	4ta dosis
Tetanol	/	/	/	/
Hepatitis				
Otras(Cual)				

11. EXAMENES PARACLÍNICOS 27/02/2017 EMETVIX Ext. 50901: Normal.

Examen	Fecha	Resultado	Concepto Médico
Audiometría	24/02/2017	Normal EU OD: A OI: A.	
Espirometría	24/02/2017	Normal // ECG: 24/02/2017	Normal.
Optometría	24/02/2017	Emetropia	
Química Sanguínea	24 Feb 2017	Hemograma: OK. EPT: 14 TEIO: 20 PA: 89. glicemia: 89 BUN: 15,19 creatin: 1,13. Te: 89 CI: 178. HD: 32 LDL: 108,6 IA: 3,42. P. de omca: OK.	

12. DIAGNÓSTICOS  
 a. NO b. \_\_\_\_\_  
 c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

13. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN, RECOMENDACIONES  
de dolor en gaceta de la cadera, caderas  
de extramemoria por negativa retracción lumbas.  
Apb para el comp

*Dr. Ingrid Lorena Borrero Castro*  
 Médico Magister en Salud Ocupacional  
 R.M. 522169 - 09  
 L.S.O. 821/05/2015

Nombre/Firma /registros médicos: [Firma]

Firma y C.C del empleado: Carlos H. Romero C.C. 14.621.637

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

-HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL:  Pre Ocupacional  Egreso  Periódico  Otra  
 ACTIVIDAD ECONOMICA 2242401 EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACIÓN DE JABONES Y DETERGENTES, PREPARADOS PARA LIMPIAR Y PULIR; PERFUMES Y PREPARADOS DE TOCADOR INCLUYE LA FABRICACIÓN DE ARTÍCULOS PARA TOCADOR

DEPARTAMENTO, CIUDAD Y FECHA: Valde, Yumbo 17/5/18

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADO Cédula:

Apellidos: Quintero Franco Nombres: Carios Humberto

A.R.L.: COIPatria E.P.S/ PENSION: S.O.S / Porvenir

Dirección/Ciudad: Calle 72K #26N 67/ Gull Teléfono: 4332030

Edad: 34 Estado Civil: S  C  U.L  D  V  Dependientes: 3

Escolaridad: Marque el último nivel finalizado o el actual si lo está desarrollando.

- Tecnológico Incompleto  Tecnológico Completo
- Técnico Incompleto  Técnico Completo
- Universitario Incompleto  Universitario Completo
- Postgrado Incompleto  Postgrado Completo

2. ANTECEDENTES LABORALES: Indique, cargos desempeñados, fechas de ingreso y retiro, comenzando desde la más reciente a la más antigua. Tiempo en años y meses de antigüedad en cada cargo u oficio desempeñado y una breve descripción.

Sección / cargo u oficio	Tiempo en años y meses	Descripción
<u>Resaja / Operario</u>	<u>6 meses</u>	<u>Resaja de Muebles Primarios</u>
<u>Resaja / Operario</u>	<u>1 año</u>	<u>Resaja de Muebles Primarios</u>
		<u>Reflexe al propositar</u>
		<u>F. M. Aflo.</u>

3. ANTECEDENTES DE INCIDENTALIDAD O ENFERMEDAD PROFESIONAL: Indique si ha sufrido accidentes de trabajo o si presenta alguna enfermedad relacionada con el trabajo.

Empresa/Actividad Económica	Sección / cargo u oficio	Fecha del Evento	Causa del Evento

Amplíe información relacionada con la atención de estos eventos: fue atendido, en donde, recibe aun tratamiento: \_\_\_\_\_

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

## 4. EXPOSICIÓN ACUMULADA A DIVERSOS FACTORES DE RIESGO

Liste los factores de riesgo a los que haya estado expuesto, anotando niveles de exposición y valores límites permisibles a la fecha de la medición, si los hay, en cada oficio realizado, mencione el tiempo en años y meses de exposición a cada agente y factor de riesgo y las medidas de control implementadas.

Factores	si	no	Tiempo acumulado	Especifique la empresa, niveles de exposición y métodos de control si los conoce
<b>FISICOS</b>			Referencia	Chicklets Adams
Ruido Industrial	x		14 años	tapa oídos inserción
Vibración				
Sobrecarga térmica (calor-frío)				
Iluminación deficiente				
Radiaciones no ionizantes				
Radiaciones ionizantes				
Presiones Anormales				

<b>QUÍMICOS</b>			Referencia	J & J
Gases	x		18 meses	Careta Medica Carex, gafas
Polvos orgánicos	x			Careta: Medica Carex, gafas
Polvos inorgánicos	x			Careta Medica Carex, gafas
Humos metálicos				
Humos de combustión				
Rocíos				
Neblinas				
<b>BIOLOGICOS</b>				
Bacterias, virus, hongos, etc				
<b>ERGONOMICOS</b>			Referencia	J & J
Sobreesfuerzos			18 meses	Esfuerzos ergonómicos, Ayuda
Manipulación de cargas	x			
Postura estática				
Postura dinámica				
Movimientos repetitivos	x			Pausas Activas y Pausas ergonómicas
<b>PSICOSOCIALES</b>				
Medio ambiente físico de trabajo				
Factores propios de la tarea				
Organización del tiempo de trabajo.				
Gestión administrativa de la empresa				
<b>OTROS</b>				

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Información Adicional None

## 5. INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo Actual: Operario de Pesaje Sección: Pesaje

División: S&M  Operaciones  Otro

Descripción: Pesaje manual de Materias Primas y con ayudas Mecánicas. Refiere al trabajador: E. A. A.

Riesgos ocupacionales a los que esta está expuesto (Emplear clasificación de riesgos relacionada en el punto anterior):

gases, Polvos orgánicos o inorgánicos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. Refiere al trabajador E. A. A.

## 6. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD (diligenciado por el médico)

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	SI	NO	Especifique
Sistema Nervioso Central			
Sistema Nervioso Periférico			
Ojos			
Oídos			
Nariz			
Garganta			
Cardiovasculares			
Respiratorios			
Gastrointestinales			
Metabólicos			
Endocrinos			
Renales			
Urinarios			
Órganos reproductores			
Genitales			
Musculares			
Articulares			
Óseos			
Piel y faneras			
Hematopoyéticos			
Sistema inmune			
Mentales			
Cáncer			

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Congénitos					
Traumáticos					
Medicamentosos					
Alérgicos					
<b>ANTECEDENTES QUIRURGICOS</b>					
<b>ANTECEDENTES HOSPITALARIOS</b>					

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:** *N/A Refractiva*

FUM  FUP

G  P  C  A  V  M  PLANIFICACION

Fecha de última Citología  Resultado

Hábitos	Si	No	Especifique
Fuma		x	No de cigarrillos día: Número de años fumando:
Ex-fumador (más de un año)		x	
Licor	x		Frecuencia y cantidad: <i>4 veces al año</i>
Ejercicio físico	x		Frecuencia semanal: <i>1</i> Duración de las sesiones: <i>90 minutos</i>

**7. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Enfermedades	Si	No	Especifique-observaciones
Cáncer	x		<i>Papir tumor de colon</i>
Diabetes	x		<i>Mama</i>
Cardiovasculares		x	
Alergias		x	
Congénitas		x	
Tuberculosis		x	
Psiquiátricas		x	
Otras		x	

**8. ESTADO DE SALUD ACTUAL**

¿Ha presentado alguna enfermedad en los últimos 15 días: Si \_\_\_\_\_ No x

En caso afirmativo, ¿Cuál fue la causa? \_\_\_\_\_

¿La enfermedad originó incapacidad? Si \_\_\_\_\_ No x

En caso afirmativo, ¿Cuántos días? \_\_\_\_\_

¿Recibe algún tratamiento en la actualidad? Si \_\_\_\_\_ No x

Especifique \_\_\_\_\_

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Estado Actual de Salud

*Reposar fuera estado general*

9. EXAMEN FISICO: Peso (Kg)  Talla (Cm)  I.M.C.  F.C.  F.R.   
 T.A.  Dominancia: Diestro  Siniestro  Ambidiestro   
 Hemoclasificación 

ORGANO O SISTEMA	Normal	Anormal	OBSERVACIONES
Aspecto General			
Piel y Faneras			
Cráneo			
OJOS			Párpados
			Conjuntivas
			Pupilas
			Córnea
			Fondo de ojo
OIDOS			Pabellón
			Conductos
			Tímpanos
NARIZ			Tabique
			Cornetes
BOCA			Encía-paladar
			Faringe y amígdalas
CUELLO- TIROIDES			
TORAX			
EXAMEN DE MAMAS			
PULMONES			
CORAZON			
ABDOMEN			Vísceras
			Pared abdominal
			Ganglios
			Genitales externos
EXTREMIDADES			Miembros Superiores
			Miembros Inferiores
			Pulsos
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL			
SISTEMA NERVIOSO			Marcha
			Sensibilidad
			Reflejos

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

## EXAMEN OSTEOARTICULAR

SINTOMAS	DEDOS MANOS		DEDOS PIES		MUÑECA		CODOS		HOMBROS		RODILLAS		CADERA		TOBILLOS	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Deformidad																
Rubor																
Calor																
Sensibilidad																
Edema																
Dolor																
Limitación																

FUNCIÓN MOTORA ESPONTÁNEA SI (  ) NO ( ) CONSERVADA SI (  ) NO ( )

NORMAL: SI (  ) NO ( ) OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### 10. REGISTRO DE VACUNACIÓN

Vacuna	1era dosis	2da dosis	3ra dosis	4ta dosis
Tetanol				
Hepatitis				
Otras(Cual)				

### 11. EXAMENES PARACLÍNICOS

Examen	Fecha	Resultado	Concepto Médico
Inflamatoria	24/1/18	MD5. Unilateral	CRP: 21.
Electrolitos	24/1/18	Normal	TCO: 21 FA: 76.
OP	7/2/18	Normal	Creat: 1 BUN: 14.83.
CK-MB	24/1/18	Normal	CT: 186 TC: 117.
Hematología	3/1/18	Normal	PO: Normal.
Glucemia: 83	MDL: 57.3	LDL: 105.2	HA: 3.25

### 12. DIAGNÓSTICOS

a. Hipocemia unilateral.  
 c. \_\_\_\_\_  
 d. \_\_\_\_\_

### 13. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN, RECOMENDACIONES

Presen de huesos, lesión focal, uso de CPP.

Nombre/Firma /registros médicos: \_\_\_\_\_

Firma y C.C del empleado: C Quintero 14.621.637

# Johnson & Johnson de Colombia S.A.

Encuesta de Malestar Ergonómico  
A ser diligenciado por el empleado

NOMBRE: Carlos Humberto Quintero

Fecha: 17-May-2018  
C.C. 4.621.637

Área de Trabajo: Pesaje Cargo Operario de Pesaje

1. Describir las tareas del trabajo y el tiempo dedicado a cada tarea por día:

Tarea: <u>Organizar Area</u>	Tiempo: <u>15 minutos</u>
Tarea: <u>llenar documentación</u>	Tiempo: <u>10 minutos</u>
Tarea: <u>limpiar cubetas</u>	Tiempo: <u>10 minutos</u>
Tarea: <u>subir farinas con gato manual en el ascensor</u>	Tiempo: <u>35 minutos</u>
Tarea: <u>Pesaje de Materia Prima manual o con</u>	Tiempo: <u>410 minutos</u>
Tarea: <u>ayudas Mecanica (Elevador de Juntas)</u>	Tiempo: <u></u>

2. ¿Usted rota en su puesto de trabajo? SI  NO

3. Señale el porcentaje de tiempo que permanece en las siguientes posiciones durante su jornada laboral:

Sentado: 0 % De Pie: 100 % Silla Sentado Parado 0 %

4. Usted levanta, empuja o hala cargas: Si:  No:

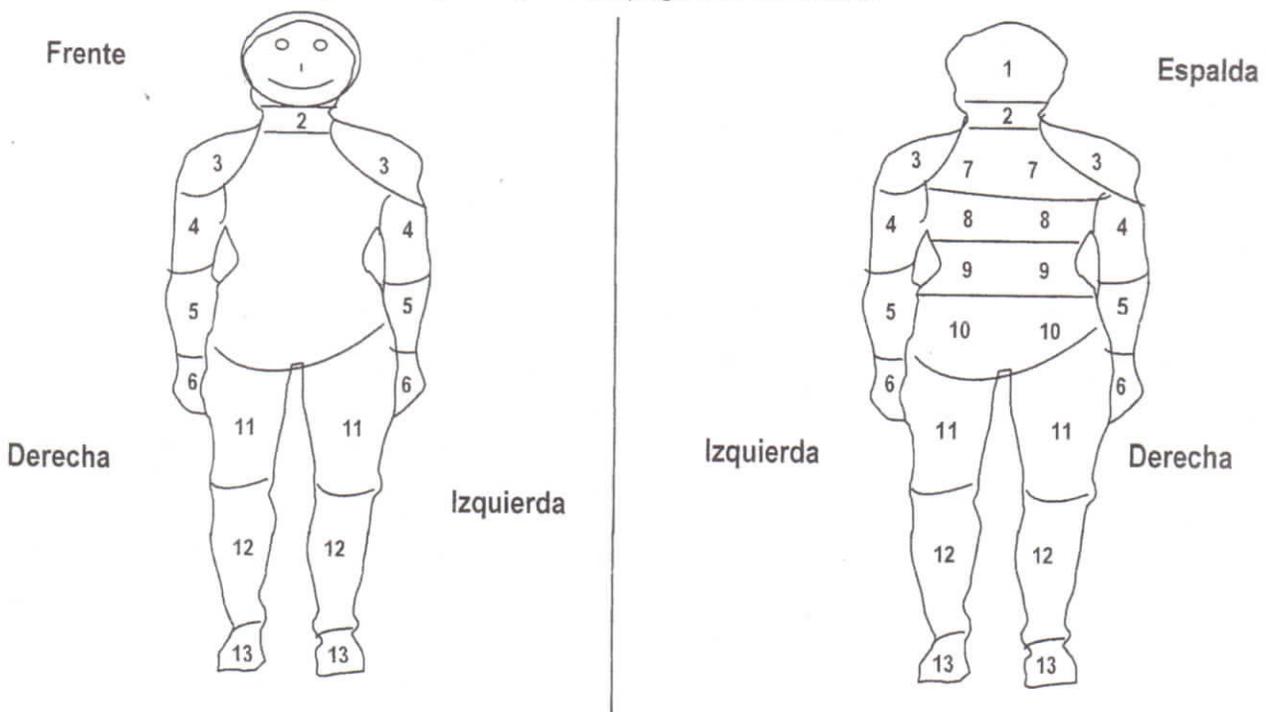
5. Usted: No hace Ejercicio  o práctica ejercicio suave (ej., subir escaleras, caminar 3 cuadras.)  o realiza Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, 30 min menos de 4x/semana.)  o usted realiza ejercicio vigoroso regular (es decir, 30 min más de 4x/semana.)

6. Mencione algún(os) Hobbie(s) en el que use más de 4 horas por semana Ver documentos

7. ¿Ha experimentado dolor o molestias (entumecimiento, hormigueo, adormecimiento) en casa? SI  No

8. ¿Ha experimentado dolor o molestias (entumecimiento, hormigueo, adormecimiento) durante el trabajo? SI  No

Si respondió SI, en la pregunta 8: marque los sitios de las molestias en el grafico siguiente y responda las preguntas  
Si respondió NO vaya a la pregunta # 18 y no responda las preguntas de la 9 a la 17



9 Hace cuánto noto los síntomas? \_\_\_\_\_

10.- Por favor coloque una X en el área que mejor describa su problema ( puede ser varias opciones):

Cuello\_\_Hombro\_\_parte alta de espalda: \_\_Codo\_\_Antebrazo\_\_Mano\_\_Muñeca\_\_Dedos: \_\_Espalda baja o Lumbar: \_\_  
Muslo\_\_Rodilla\_\_Pierna\_\_Tobillo \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántos episodios separados ha tenido en los últimos (12) meses? \_\_\_\_\_ (Nunca ha desaparecido) \_\_\_\_\_

12. ¿Qué cosas empeoran los síntomas (ej. Temperatura fría, alguna posición) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿Qué mejora los síntomas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Estos síntomas limitan actividades (en caso afirmativo, qué / cómo)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. ¿Qué crees que causó estos síntomas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. ¿Está bajo el cuidado de un médico para cualquiera de los problemas anteriores? Si \_\_\_ No \_\_\_

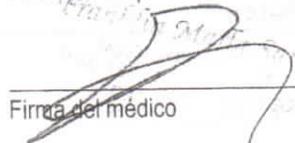
17. ¿Se le ha visto o tratado por los Servicios de Salud para cualquiera de los problemas anteriores? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si repondio SI, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. ¿Participa Ud. en las pausas activas Ergonomía? SI  NO

C. Quintero

Firma del Empleado



Firma del médico

Fecha de revisión

17/5/18



## VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01  
Versión : 4  
Fecha: 13/11/2015  
Página 1 de 2



### CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha: 07/10/2016      Tipo de Examen: INGRESO

Nombre: CARLOS HUMBERTO QUINTERO FRANCO

Empresa: ACCION S.A.

En Misión: JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 14621637

Cargo: AYUDANTE DE PESAJE LIQUIDOS

87625



Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

audiometria, espirometria, optometria, Electrocardiograma, Laboratorio, Laboratorio

CONCEPTO MEDICO LABORAL APTO PARA EL CARGO

#### REMISIÓN

NINGUNA

Observación

#### RESTRICCIÓN

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

#### TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Manipulación de alimentos:	NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo como brigadista:	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehículos:	
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:	No Aplica
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

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 QUIMMICO <input type="checkbox"/>	PVE Radiaciones Ionizantes <input type="checkbox"/>	PVE BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>

#### Observaciones Generales

Martha L. Oliva D.  
MEDICO SALUD OCUPACIONAL  
LSD 2506/2014 - R.M. 1045-94

CARLOS HUMBERTO QUINTERO

c.c: 14621637

Martha Lucia Oliva Delgado

Registro: 106696

Lic: 0014-01/07



# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 3 de 4



Fecha: 07/10/2016 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

## 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: QUINTERO FRANCO Nombres: CARLOS HUMBERTO  
 Identificación: 14621637 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Edad: 33  
 Estado Civil: UNION LIBRE Estrato : 2 Dpto. de Nacimiento: VALLE DEL CAUCA  
 Fecha Nacimiento: 26/08/1983 Ciudad Nacimiento: CALI Sexo: MASCULINO  
 Teléfono: 3128139699 Cd residencia: CALI Escolaridad: TECNICO  
 Direc reside: CL 72A # 2BN -87 email:  
 Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica Nacionalidad:  
 E.P.S: SOS SERVICIO A.R.L: NO TIENE A.F.P: Sociedad Administradora de Fondos de  
 Empleador: ACCION SA Act. Económ: NA  
 En Misión: JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A. Act. Económ: NA  
 Fecha Ingreso: 07/10/2016 Cargo: AYUDANTE DE PESAJE LIQUIDOS Sección: N/A



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

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

Riesgos a los que Estuvo Expuestos											
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 checked="" 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											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
<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 checked="" type="checkbox"/> epp	<input checked="" type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		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 type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp

Empleador: MONDELES Empresa en mision:  
 Cargos Desempeñados: OPERARIO DE PRODUCCION  
 Tiempo de Exposición: Años: 3 Meses: 0 Actividad Económica:  
 Descripción Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos											
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 checked="" 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											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
<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	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp	<input type="checkbox"/> epp
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		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 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 Expuestos											
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											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
<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
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		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



Fecha: 07/10/2016 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

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 DE TRABAJO, NIEGA ENFERMEDADES PROFESIONALES.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Observaciones: NO OTROS

5. ANTECEDENTES PERSONALES

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

Observaciones: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS

6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

ASINTOMATICO AL MOMENTO

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 Fisica - Deporte: FUTBOL				Frecuencia: 1XSEMANA	
Actividad Extralaborales: NA				Frecuencia: NA	

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: 07/10/2016 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

### 9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	CONYUGE	Cantidad:	1
Familiar:	HIJA	Cantidad:	2
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

### 10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 76 Talla (m): 1,77 I.M.C:24,1 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO

T.A. Sentado (mmHg) :118/80 Perimetro Abdominal (Cm):87 Pulso (LPM): 64

Aspecto General: BUENO

### 11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetría:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetría:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lumbosacra:	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: LASEGUE NEGATIVO, EXAMEN OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LO NORMAL.

### 12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NORMAL
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oidos 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		
	Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL							

Observaciones: ninguna

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: 07/10/2016 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

### 13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

Examen paraclínico: 07/10/2016 - Audiometría: 14621637 - OD: AUDICION NORMAL - OI: AUDICION NORMAL. ELI OD: A OI: A. DIAGNOSTICO: Audiometria O DESCRIPTIVO O. D: AUDICION NORMAL. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO O. I: AUDICION NORMAL. OBS MEDICO:

Examen paraclínico: 07/10/2016 - Espirometría: 14621637. OBS MEDICO: DIAGNOSTICO: NORMAL espirometría

Examen paraclínico: 07/10/2016 - Optometría: 14621637. Diagnostico OD: EMETROPIA,. OI: EMETROPIA,. CONDUCTA: NO CORRECCIÓN Optometría  
Recomendaciones:

pendiente 8.59 Electrocardiograma

pendiente 8.59 Laboratorio

alcohemia negativa Laboratorio

EKG NORMAL

### 14. DIAGNOSTICO

Z021 EXAMEN PREEMPLEO: Paciente sano no Impresión Diagnostic

### 15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

APTO PARA EL CARGO

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo como brigadista:	NO APLICA	Manipulación de alimentos	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehículos:	
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:::	No Aplica
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	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

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 QUIMMICO <input type="checkbox"/>	PVE Radiaciones Ionizantes <input type="checkbox"/>	PVE BIOLOGICO <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES GENERALES

NINGUNA



Unidad  
de Salud  
Ocupacional

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 7 de 4



Fecha: 07/10/2016

Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

C. Quintero

CARLOS HUMBERTO QUINTERO

c.c: 14621637

Martha L. Oliva D.  
MEDICO SALUD OCUPACIONAL  
ISO 25000/2016 - RUM. 1045-99

Martha Lucia Oliva Delgado

Registro: 106696

Lic: 0014-01/07



Fecha: 25/02/2017

Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

**1. INFORMACION GENERAL**

Apellidos: **QUINTERO FRANCO** Nombres: **CARLOS HUMBERTO**  
 Identificación: 14621637 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Edad: 33  
 Estado Civil: UNION LIBRE Estrato : 2 Dpto. de Nacimiento: VALLE DEL CAUCA  
 Fecha Nacimiento: 26/08/1983 Ciudad Nacimiento: CALI Sexo: MASCULINO  
 Teléfono: 3128139699 Cd residencia: CALI Escolaridad: TECNICO  
 Direc reside: CL 72A # 2BN -87 email:  
 Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica Nacionalidad:  
 E.P.S: SOS SERVICIO A.R.L: NO TIENE A.F.P: Sociedad Administradora de Fondos de  
 Empleador: JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A. Act. Económ: NA  
 En Misión: Act. Económ: NA  
 Fecha Ingreso: 25/02/2017 Cargo: OPERARIO DE PESAJE Sección: N/A



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

Empleador: ACCION SA Empresa en mision: JOHNSON & JOHNSON  
 Cargos Desempeñados: OPERARIO PESAJE  
 Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 04 Actividad Económica:  
 Descripción Funciones: OPERATIVO. Mediciones Ambientales: No Aplica

**Riesgos a los que Estuvo Expuestos**

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

Empleador: LAFRANCOL Empresa en mision:  
 Cargos Desempeñados: OPERARIO  
 Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 09 Actividad Económica:  
 Descripción Funciones: OPERATIVO. Mediciones Ambientales: No Aplica

**Riesgos a los que Estuvo Expuestos**

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

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



# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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



Fecha: 25/02/2017 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

## 2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

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

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

Observaciones: NO REFIERE.

## 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	Mamá	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	No Refiere
3. 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 checked="" type="checkbox"/> 17. Farmacológico:
6. Cardiovascular:	<input type="checkbox"/> 12. Neurológico:	<input type="checkbox"/> 18. Otro:
19. Metabólicos:	<input type="checkbox"/>	

Observaciones: 16. CX REFRACTIVA HACE 1,6 AÑOS. SIN SECUELAS.

## 6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

ASINTOMATICO.

## 7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Cigarrillo: NO	No. Cigarrillos al día:	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Licor: SI	Frecuencia: OCASI	Años: 3	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Actividad Fisica - Deporte: NO				Frecuencia: NO	
Actividad Extralaborales: NA				Frecuencia: NA	

## 8. ESQUEMA DE VACUNACION

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

F.U.D



Fecha: 25/02/2017 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

**9. COMPOSICION FAMILIAR**

Familiar:	CONYUGE	Cantidad:	1
Familiar:	HIJA	Cantidad:	2
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

**10. EXAMEN FISICO**

Peso (Kg): 74 Talla (m): 1,77 I.M.C:23,62 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO  
 T.A. Sentado (mmHg) :110/64 Perimetro Abdominal (Cm):83 Pulso (LPM): 68  
 Aspecto General: NORMAL.

**11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

Columna Cervical:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lumbosacra:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

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

Observación: NO.

**12. ORGANOS Y SISTEMAS**

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NO SE EVALUA
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oidos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL		
Torax:	Senos:	NO SE EVALUA	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		
	Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL							

Observaciones: NO.

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:	NO	Completa:	NO	Prótesis:	NO
------------	--------------	----	-----------	----	-----------	----

Observaciones: NO.



# HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01  
Versión : 4  
Fecha: 13/11/2015  
Página: 6 de 4



Fecha: 25/02/2017 Tipo de Examen: INGRESO

Número: 14621637

## 13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

## 14. DIAGNOSTICO

Z021 EXAMEN PREEMPLEO: Paciente sano

Confirmado Nuevo

## 15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

APTO 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:  
Manipulación sustancias químicas::: No Aplica

REMISIONES:

NINGUNA

Observación

NO.

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

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

OBSERVACIONES GENERALES

CONTROL MEDICO PERIODICO.

*C. Quintero*

CARLOS HUMBERTO QUINTERO

c.c: 14621637

*David E. Huertas*  
M.D. Especialista en salud  
Ocupacional  
R # 153467  
L.S.O. 146208-19 S.O.S. Valle

David Enrique Huertas Botina

Registro: 762467

Lic: 0438-08/09