**Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**  Fecha:

DIA

MES

AÑO

|  |
| --- |
| TIPO DE EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERIODICA PROGRAMADA |  | CAMBIO DE OCUPACIÓN |  | REINTEGRO / POSINCAPACIDAD |  |

|  |
| --- |
| 1. INFORMACION PERSONAL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | NOMBRE(S) COMPLETOS | | | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | CORREO | | | **TIPO DE DOCUMENTO** |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | C.C. | C.E. | NÚMERO | | CIUDAD | | AREA DE TRABAJO | | CARGO | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |

|  |
| --- |
| 1. CONCEPTO MEDICO |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Evaluación médica sin alteración evidente |  |  | | Evaluación médica presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral |  |  | | Presenta patología general manejada con recomendaciones médicas, que no interfieren en su trabajo |  |  | | Presenta patología general que requiere estudio y seguimiento médico por EPS |  |  | | Presenta enfermedad laboral calificada que requiere seguimiento por ARL |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **3. RECOMENDACIONES GENERALES** |  |  | **4. VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN** |  | | Mantener adecuada higiene postural |  |  | Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de DME |  | | Realizar pausas saludables |  |  | Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de riesgo psicosocial |  | | Adoptar estilos de vida saludables |  |  | Programa de estilos de vida y entorno saludables |  | | Asistir oportunamente a citas o control médico establecido |  |  | Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de la hipoacusia por el ruido ocupacional |  | | Usos de elementos de protección personal |  |  | | Otra. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Otra. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **5.RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS** | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | Describir: | | | | | | | |  | | | | | | | | Remitir eps |  | Continuar manejo con eps |  | | Seguimiento control SST | TIEMPO | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | MEDICO ESPECIALISTA SST / SO  REGISTRO Y LICENCIA: | | | FIRMA DEL TRABAJADOR  CEDULA: | | | | |

Este certificado se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, cumpliendo con los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes de la HCO.