**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.