|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Visita |  | Hora |  |

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL TRABAJADOR** |
| NOMBRE |  |
| IDENTIFICACIÓN |  | GENERO | M\_ F\_ | EDAD |  | FN: DD/MM/AAAA  |
| DOMICILIO |  | TEL/CEL |  |
| ESTADO CIVIL |  |
| CARGO  |  | FECHA DE INGRESO | DD/MM/AAAA | CAUSA: AT\_\_ EL\_\_ EG\_\_ |
| EPS |  | ARL |  | DIAGNOSTICO |  |
| **ANTECEDENTES PERSONALES** | **ANTECEDENTES FAMILIARES** |
| Médicos |  | HTA |  |
| Quirúrgicos |  | Diabetes Mellitus |  |
| Alérgicos |  | Cáncer |  |
| Traumáticos |  | Cardiopatías |  |
| Otros |  | Neurológicos |  |
| Grupo Sanguíneo |  | RH |  | Otros |  |

|  |
| --- |
| **2. DATOS DE LA EMPRESA** |
| NOMBRE RAZON SOCIAL |  |
| NIT |  | TELEFONO |  | MUNICIPIO |  |
| DIRECCIÓN |  | DEPARTAMENTO |  |

|  |
| --- |
| **3. VALORACIÓN DEL TRABAJADOR** |
| 1.1 ESTADO DE CONCIENCIAAlerta\_\_\_ Desorientado\_\_ Somnoliento\_\_\_\_Estupor\_\_\_ Coma\_\_\_\_ | 1.2 ESTADO DEL TRABAJADOREn cama\_\_\_\_ En silla de ruedas\_\_\_\_\_Caminando con ayuda\_\_ Caminando sin ayuda\_\_\_ |
| 1.3 TIPO DE MARCHALibre\_\_\_\_ Claudicante\_\_\_\_ Antálgica\_\_\_\_ Con ayudas técnicas\_\_\_ Espástica\_\_\_ Atáxica\_\_\_ Otras\_\_ | 1.4 TIPO DE INCAPACIDADTemporal\_\_\_ Permanente parcial\_\_\_ Pensión invalidez\_\_\_ Tiempo de incapacidad en días\_\_\_\_\_ |
| **4. DESCRIPCIÓN CONDICIONES DE SALUD DEL TRABAJADOR** |
| **FISICO:** | **PSICOSOCIAL:** |
| **5. MOTIVO DE CONSULTA** |
|  |
| **6. OBJETIVOS** |
| **GENERAL:** |
| **ESPECIFICOS:** |
| **7. RECOMENDACIONES** |
| **7.1 PARA LA UNIVERSIDAD** | **7.2 PARA EL TRABAJADOR Y/O FAMILIA** |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **FIRMA DEL PROFESIONAL ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST-UFPS** |
| **NOMBRE** |  |
| **CEDULA** |  |
| **CARGO** |  |