

 Evalúa Salud IPS Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOMOTRIZ	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 1 de 3
--	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOMOTRIZ

Ciudad y Fecha: _____

Tipo de Evaluación: () Preingreso () Periódica () Egreso () Otra: _____

DATOS DE LA PACIENTE (TRABAJADORA):

- **Nombre Completo:** _____
- **Tipo y N° Documento:** _____
- **Empresa Contratante:** _____
- **Cargo (al que aspira o desempeña):** _____

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Evaluar las aptitudes cognitivas (atención, concentración, memoria), rasgos de personalidad y habilidades psicomotrices (coordinación, tiempos de reacción). Su **objetivo** es valorar la idoneidad mental y motriz para **cargos de alto riesgo** (ej. conductores, operadores de maquinaria, trabajo en alturas, vigilantes).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** realizada por un Psicólogo, que puede incluir:

1. Entrevista psicológica.
2. Pruebas escritas o computarizadas.
3. Pruebas de coordinación y reacción en equipos psicomotrices.

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

(Espacio para ser diligenciado por el personal de Evalúa Salud IPS)

[] **Pruebas Psicológicas (Atención, Personalidad)** [] **Pruebas Psicomotrices (Coordinación, Reacción)**

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.

 Evalúa Salud L.P.S Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOMOTRIZ	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 2 de 3
--	---	---

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Evaluar la aptitud mental para tareas que exigen alta concentración.
- Prevenir accidentes de trabajo graves asociados a errores humanos o tiempos de reacción lentos.
- Identificar condiciones de salud mental (ej. estrés, ansiedad) que requieran manejo.

5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento es **no invasivo** y no implica ningún riesgo físico.

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Informe al profesional si está tomando algún medicamento que pueda afectar su concentración o sueño, o si se siente indisposto.

7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

La alternativa a este procedimiento es el **Rechazo**.

8. NORMATIVIDAD Y CONFIDENCIALIDAD (ACTUALIZACIÓN RES. 1843 DE 2025)

Le garantizamos la **confidencialidad absoluta** de sus resultados (según lo mandata la **Res. 1843 de 2025**). El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos o rasgos de personalidad. Solo recibirá el Certificado del concepto médico ocupacional.

9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, _____, identificado con C.C. _____, certifico que:

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento. Me han sido resueltas mis dudas e inquietudes, **por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):**

ACEPTO

Que se me realice la Evaluación Psicológica y/o Psicomotriz.

RECHAZO

Que se me realice la Evaluación Psicológica y/o Psicomotriz.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.

 Evalúa Salud IPS Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOMOTRIZ	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 3 de 3
--	---	---

Nota Profesional: Comprendo que el rechazo a la toma de esta prueba, la cual ha sido definida por mi empleador como un **control indispensable** basado en la matriz de riesgos del cargo (Decreto 1072/2015, Tareas de Alto Riesgo), **impide que el proceso de evaluación de aptitud laboral pueda completarse**. Declaro entender que, al desconocerse datos críticos de SST, **Evalúa Salud IPS** no podrá continuar con el proceso de certificación de aptitud para la función específica, y el Médico Especialista deberá registrar este rechazo.

PARA SER DILIGENCIADO POR LA PACIENTE (TRABAJADORA):

Firma: _____ C.C.: _____

PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD (Quien explica):

Firma: _____ Registro Profesional: _____

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.