	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 1 de 3</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL

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

Realizar el acto médico ocupacional (regulado por la **Resolución 1843 de 2025**) para determinar las condiciones de salud física y mental del trabajador. Su **objetivo** es evaluar la aptitud del trabajador para el cargo presentadi, con especial énfasis en la valoración del sistema osteomuscular.

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento consta de dos partes:

1. **Anamnesis:** Una entrevista profesional donde el médico le preguntará sobre sus antecedentes de salud, historial de exposiciones laborales y síntomas actuales.
2. **Examen Físico (con énfasis osteomuscular):** El médico tomará sus signos vitales y realizará una valoración física completa.


### 3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

El profesional de la salud certifica que el tipo de evaluación a realizar, según la normatividad (**Res. 1843 de 2025**), es:

[ ] a) Evaluación Médica de Pre-ingreso [ ] b) Evaluación Médica Periódica (Programada) [ ]  
c) Evaluación Médica Periódica (Cambio de ocupación) [ ] d) Evaluación Médica de Egreso [ ]  
e) Evaluación Médica Post-incapacidad / Retorno Laboral [ ] f) Evaluación Médica de Seguimiento

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

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 2 de 3</b>

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Determinar su concepto de aptitud laboral para el cargo.
- Detectar tempranamente condiciones de salud (especialmente osteomusculares) que puedan verse agravadas por el trabajo.
- Prevenir enfermedades laborales y recibir recomendaciones.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

El examen físico es un procedimiento **no invasivo** y no conlleva riesgos significativos.

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Es vital que informe al médico durante la entrevista sobre cualquier dolor agudo, lesión reciente o cirugía antes de que se realicen las maniobras de valoración física.

#### 7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

La alternativa a este procedimiento es el **Rechazo**. Si requiere mayor información, solicite asesoría de su médico de **Evalúa Salud IPS**.

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

En cumplimiento de la **Resolución 1843 de 2025**), el Decreto 1072/2015 y la Ley 1581/2012, **Evalúa Salud IPS** le garantiza:


- **SECRETO PROFESIONAL:** El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos específicos.
- **CERTIFICADO DE APTITUD:** El empleador **ÚNICAMENTE** recibirá el Certificado del concepto médico ocupacional (cuya expedición y contenido están regulados por la Res. 1843/2025), el cual no revela sus diagnósticos.

#### 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):**
2. Comprendo y se me ha garantizado la **confidencialidad** de mi información de salud bajo la **Res. 1843 de 2025**.

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

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 3 de 3</b>

Por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):

☐ **ACEPTO**

Que se me realice el Examen Médico Ocupacional detallado en el Numeral 3.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice el Examen Médico Ocupacional.

**Nota Profesional:** Comprendo que el rechazo a este examen, el cual es el **acto médico central** y un requisito legal (Decreto 1072/2015 y Res. 1843/2025), **impide que el proceso de evaluación de aptitud laboral pueda completarse**. Declaro entender que, al no poderse valorar mi estado de salud frente a los riesgos del cargo, **Evalúa Salud IPS** no podrá continuar con el proceso de certificación de aptitud, y el Médico Especialista deberá registrar este rechazo.

**PARA SER DILIGENCIADO POR LA PACIENTE (TRABAJADORA):**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_

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

Certifico que he explicado la información contenida en este documento a la paciente/trabajador y he resuelto sus dudas.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

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