



NOTA MÉDICA

Fecha de Examen	DD	MM	AAAA	Orden Servicio No.		Foto
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		Periódico	Reubicación	Cambio de Ocupación	
	Egreso		Post-Incapacidad	Reintegro Laboral	Seguimiento	
	No Aplica					
Énfasis en	Trabajo en Alturas			Espacios Confinados		
	Manipulación de Alimentos			Manipulación Productos Farmacéuticos		
	Manipulación Sustancias Químicas			Osteomuscular		
	Conducción de Vehículo			Osteomuscular (Fisioterapeuta)		
	Dermatológico			Brigadista		
	Cardiovascular			Pruebas Psicosensométricas		
	Neurológico			Exposición a Radiaciones Ionizantes		
	Sistema Fonatorio			Trabajo Riesgo Eléctrico		
	Riesgo para COVID-19			No Aplica		
Ciudad						
Empresa Convenio						
Empresa Usuaria						

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres				Apellidos					
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía			Cédula de Extranjería	Pasaporte				
	Permiso Especial de Permanencia			Permiso por Protección Temporal	Registro Civil				
	Tarjeta de Identidad								
No. Identificación				Sexo	Femenino	Masculino			
Grupo Étnico	Indígena			ROM (Gitano)					
	Raizal (archipiélago de San Andrés y Providencia)			Palanquero de San Basilio					
	Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afro descendiente			Negro(a)					
	Afrocolombiano(a)			Ninguna de las anteriores					
Nacionalidad				Fecha Nacimiento	DD	MM	AAAA	Edad	años
Estado Civil	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo			Composición Familiar			personas		
Nivel Educativo	Preescolar			Básica Primaria	Básica Secundaria			Media Académica o Clásica	
	Media Técnica			Normalista	Técnica Profesional			Tecnológica	
	Profesional			Especialización	Maestría			Doctorado	
	Ninguno								
Profesión u Oficio									
Ciudad Residencia				Dirección				Estrato	
Zona de Residencia	Urbana Rural			Localidad/Comuna					
Teléfonos				Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad			Discapacidad Física			Discapacidad Visual		
	Discapacidad Intelectual			Discapacidad Sicosocial (Mental)			Sordoceguera		
	Discapacidad Auditiva			Discapacidad Múltiple					
Tiene certificado de discapacidad?									
Si No									
EPS	ARL			AFP					
Acompañante/Responsable	Tipo			Acompañante			Responsable		
	Parentesco			Madre Padre Abuelo/a Hermano/a Tio/a Conyuge Otro					
	Cédula			Nombres y Apellidos					
	Dirección						Teléfono		

II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar				Área de Trabajo					
Descripción Cargo									
Fecha Ingreso Empresa	DD	MM	AAAA	Antigüedad en empresa	años	meses	Antigüedad en el Cargo	años	meses

Nota Médica

III. NOTA MÉDICA

--

IV. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10				
Tipo		Impresión Diagnóstica		Confirmado Nuevo
				Confirmado Repetido

No.	CIE-10	Descripción
1		
2		
3		

VII. REMISIONES

Remisiones	ARL	Audiología	Cardiología	Cirugía General
	Dermatología	Endocrinología	EPS	Fisiatría
	Fisioterapia	Gastroenterología	Ginecología	Infectología
	Medicina General	Medicina Interna	Medicina Laboral	Nefrología
	Neurología	Nutrición y dietética	Odontología	Oftalmología
	Optometría	Ortopedia	Ortótica	Otorrinolaringología
	Psicología	Psiquiatría	Urología	
Otras Remisiones				
Motivo Remisiones				

Firma Especialista

Firma del Usuario