



ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL

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 Usaria						

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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				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		

III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar				Área de Trabajo					
Fecha Ingreso Empresa	DD	MM	AAAA	Antigüedad en Empresa	años	meses	Antigüedad en el Cargo	años	meses
Factores de Riesgo Respiratorio para el cargo a desempeñar				Desconoce		Suministrados por el trabajador		Suministrados por la empresa	
Exposición a Factores Riesgo Respiratorio				Si No					
				Humo		Gas		Vapor	
				Material Particulado		Sustancias Químicas		Neblinas	
				Polvo					
Uso de Elementos de Protección Respiratoria				Si No					
				Mascarilla Sencilla		Respirador con filtro		Otro	
Frecuencia de Uso				Permanente		Ocasional		Nunca	
								No Aplica	

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO RESPIRATORIO

			Expuesto a Riesgo Respiratorio			Uso Elementos Protección Respiratoria		
Empresa	Cargo	Tiempo						
			Si	No		Si	No	
			Si	No		Si	No	
			Si	No		Si	No	

V. ANTECEDENTES RESPIRATORIOS FAMILIARES

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	Gripa a repetición			Negativo		Positivo	Tos con frecuencia			Negativo		Positivo	
	Disnea en reposo			Negativo		Positivo	Asma Bronquial			Negativo		Positivo	
	Rinitis Alérgica			Negativo		Positivo	Bronquitis a repetición			Negativo		Positivo	
	Tuberculosis			Negativo		Positivo	Hipertensión Arterial			Negativo		Positivo	
	Cáncer de Pulmón			Negativo		Positivo	Cirugía de Tórax			Negativo		Positivo	
	Otro			Negativo		Positivo							
Contraindicaciones	Infarto Miocárdico Reciente (3 meses)			Negativo		Positivo	Epilepsia NO controlada			Negativo		Positivo	
	Hipertensión Arterial NO controlada			Negativo		Positivo	Cirugía Reciente			Negativo		Positivo	
	Embarazo			Negativo		Positivo	Fumó en las 2 últimas horas			Negativo		Positivo	
	Usó Broncodilatador 8 horas antes			Negativo		Positivo	Otra			Negativo		Positivo	
Hábitos y Actividades Extralaborales	Tabaco		Ex-Fumador			Fumador Actual			No Fumador		Cantidad		
			Tiempo Fumando				Tiempo de Suspensión						
	Practica Deporte?			Si		No	Cúal?		Frecuencia				
Observaciones													

VII. EXAMEN ESPIROMETRÍA

Fecha Última Espirometría		DD	MM	AAAA	Resultado					
Peso	kilogramos			Talla		centímetros				
Índice Masa Corporal			Bajo Peso		Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad Grado I	
			Obesidad Grado II		Obesidad Grado III					
Resultados (Mejor Test)	Test					Valores Medidos		Valores Teóricos		% Teóricos
	Capacidad Vital Forzada (FVC)									%
	Volúmen Espiratorio Forzado en 1 segundo (FEV ₁)									%
	FEV ₁ / FVC									%
	Flujo Espiratorio Forzado entre el 25% y el 75% de la FVC (FEF _{25 - 75})									%

**VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

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

Diagnóstico	Patrón Normal
	Patrón Obstructivo - Leve
	Patrón Obstructivo - Moderado
	Patrón Obstructivo - Severo
	Patrón Restrictivo - Leve
	Patrón Restrictivo - Moderado
	Patrón Restrictivo - Severo
	Patrón Mixto - Leve
	Patrón Mixto - Moderado
	Patrón Mixto - Severo
Observaciones	

IX. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Uso de protección respiratoria adecuada al riesgo
	Incluir en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Respiratoria
	Espirometría de control de acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica
	Prueba Confirmatoria
	Valoración por médico laboral
	Exámenes complementarios por I.P.S.
	Comparar con espirometría de ingreso
Observaciones	

Firma Especialista

Firma del Usuario