



NOTA DE PSICOLOGÍA

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									
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 Auditiva		
	Discapacidad Intelectual			Discapacidad Sicosocial (Mental)	Sordoceguera		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							
INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL									
Cargo a desempeñar				Área de Trabajo					
Descripción Cargo									
Turno de Trabajo	Desconoce			Diurno	Nocturno		Rotativo		
Rango Salarial	Desconoce			Menor a 2 SMMLV		Entre 2 y 5 SMMLV		Mayor a 5 SMMLV	
Fecha Ingreso Empresa	DD	MM	AAAA	Antigüedad en empresa	años	meses	Antigüedad en el Cargo	años	meses

**MOTIVO DE CONSULTA****NOTA PSICOLOGÍA****DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Principal CIE-10

Tipo | Impresión Diagnóstica | | Confirmado Nuevo | | Confirmado Repetido

No.	CIE-10	Descripción
1		
2		
3		

RECOMENDACIONES**REMISIONES**

Remisiones	ARL	EPS	Fonoaudiología	Medicina General	Medicina Laboral
	Psicología	Psiquiatría	Terapia Ocupacional		
Otras Remisiones					
Motivo Remisiones					

Firma Especialista

Firma del Usuario