



EVALUACIÓN MÉDICA 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 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				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



Evaluación Médica Ocupacional

Factores de Riesgo para el cargo		Desconoce		Suministrados por el trabajador		Suministrados por la empresa		
Exposición a Factores Riesgo	Físicos	Calor		Frio		Iluminación		
		Radiaciones		Ruido		Vibración		
	Químicos	Fibras		Gases		Humo		
		Material Particulado		Sustancias Químicas		Vapores		
	Biológicos	Animales		Bacterias		Hongos		
		Parásitos		Plantas		Virus		
	Mecánicos	Atrapamientos		Caidas		Golpes		
		Herramientas		Objetos en Movimiento		Proyección Partículas		
	Biomecánicos	Diseño de Puesto		Manejo Cargas		Movimientos Repetitivos		
		Postura Forzada		Postura Prolongada		Videoterminales		
	Psicosocial	Carga Mental		Diseño de Tarea		Estrés		
		Falta Autonomía		Monotonía		Relaciones Interpersonales		
	Seguridad	Almacenamiento		Atentados		Corto Circuito		
		Espacios Confinados		Explosión		Incendio		
	Locativos	Robos		Trabajo en Alturas				
		Desplazamiento		Escaleras		Pisos Lisos		
Uso de EPP		Casco	Gafas	Protectores Auditivos	Protector Respiratorio	Guantes	Botas	Otro

MOTIVO CONSULTA

Motivo	Evaluación Médica Ocupacional	Control por enfermedad de origen común
	Control por enfermedad laboral calificada	Control por enfermedad laboral en estudio
	Control por secuela(s) de accidente de trabajo	Control por accidente común
	Control de restricciones médicas	Control de recomendaciones médicas
Descripción		

ESTADO ACTUAL DE SALUD

En este momento tiene restricciones médicas?	Si	No
Descripción Estado Actual de Salud		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Factores Riesgo (*)	EPP (**)

(*) F: Físicos, Q: Químicos, B: Biológicos, M: Mecánicos, E: Biomecánicos, P: Psicosocial, S: Seguridad, L: Locativos

(**) C: Casco, G: Gafas, A: P. Auditivos, R: P. Respiratorio, M: Guantes, B: Botas, O: Otro

Accidentes de Trabajo (AT)						Enfermedad Laboral (EL)					
En empresas anteriores		Si	No	En empresa actual		Si	No	En empresas anteriores		Si	No
Tipo	Fecha		Empresa		Descripción		Ha sido calificada/ indemnizada?		Secuelas		
	AT	EL					Si	No	Si	No	
	AT	EL					Si	No	Si	No	
	AT	EL					Si	No	Si	No	

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Negativo	Positivo	Descripción
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Accidente Cerebrovascular			
Cáncer			
Epilepsia			
Enfermedad Mental			
Enfermedad Respiratoria			
Alérgicos			
Otros			
Observaciones			



ANTECEDENTES PERSONALES

	Negativo	Positivo		Negativo	Positivo		Negativo	Positivo
Cefalea			Diabetes Mellitus			Epilepsia		
Enfermedad Visual			Hepatitis			Cancer		
Enfermedad Oídos			Hernias			Varices		
Hipertensión Arterial			Enf. Gastrointestinal			Dermatitis		
Enfermedad Cardíaca			Enfermedad Renal			Alérgias		
Enfermedad Tiroides			Enf. Osteomuscular			Cirugías		
Enf. Respiratoria			Enf. Psiquiátrica			Traumáticos		
Covid-19			Otro					
Observaciones								

Antecedentes Ginecobstétricos	Gestas	Partos			Cesareas			Vivos			Abortos		
	Otros												
	Menarca	Fecha Última Regla					Fecha Última Citología						
	Ciclos	Regular	Irregular	No Aplica	Resultado	No Recuerda	Pendiente	Normal	Anormal	No Aplica			
	Planifica	No Planifica	Anticonceptivo Oral			Barrera			Dispositivo Intrauterino				
	Inyectable	Quirúrgico			Implante Subdérmico			Otro					
Hemoclasificación (Referido por Usuario)		A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-	Desconoce			
Antecedentes Inmunológicos	Porta carnet?	Si	No										
	Antitetánica	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Hepatitis A	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Hepatitis B	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Fiebre Amarilla	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Influenza	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Varicela	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Meningococo	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Virus Papiloma Humano	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	SARS CoV2 [COVID-19]	Fecha Última Dosis:					Esquema	Completo	Incompleto				
	Otros												

HÁBITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Tabaco	Ex-Fumador	Fumador Actual	No Fumador	Cantidad	Tiempo Fumando	Tiempo de Suspensión
Licor	Si	No	Tiempo años	Frecuencia	2-3 veces por semana Ocasional Mensual Quincenal Semanal Diario	
Actividad Deportiva	Si	No	Cuál?	Frecuencia	Diario 3-4 veces por semana 2 veces por semana Semanal Quincenal Ocasional	
Sustancias Psicoactivas?	Si	No	Cuál?	Frecuencia	Diario 3-4 veces por semana 2 veces por semana Semanal Quincenal Ocasional	
Otros	Tiempo		Frecuencia			

REVISIÓN POR SISTEMAS (SÍNTOMAS)

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Visual			Respiratorio			Genitourinario			Nervioso		
Auditivo			Gastrointestinal			Osteomuscular			Vascular		
Cardíaco			Endocrino			Psicológico			Piel y Faneras		
Observaciones											

Cuestionario Trabajos de Alto Riesgo	Fobia a alturas?	Si	No	Alteraciones de Equilibrio?	Si	No
	Alteraciones de Coordinación?	Si	No	Claustrofobia?	Si	No
	Enfermedades respiratorias?	Si	No	Tolera uso de protección respiratoria?	Si	No
	Enfermedades Cardiovasculares?	Si	No	Enfermedades Coagulación Sanguínea?	Si	No
	Consumo de bebidas alcohólicas con alta frecuencia?	Si	No	Enfermedades Metabólicas?	Si	No
	Consumo Actual de Medicamentos?	Si	No	Consumo Sustancias Psicoactivas?	Si	No
	Enfermedades mentales o neurológicas?	Si	No			

**EXAMEN FÍSICO**

Peso	kilogramos	Talla	centímetros	Dominancia	Ambidiestro	Diestro	Zurdo
Índice Masa Corporal		Bajo Peso Peso Normal Sobrepeso Obesidad Grado I Obesidad Grado II Obesidad Grado III					
Perímetro Abdominal	centímetros	Riesgo Bajo Riesgo Aumentado Riesgo muy elevado					
Tensión Arterial	mmHg	Normal Elevada Hipertensión Grado 1 Hipertensión Grado 2 Crisis Hipertensiva					
Frecuencia Respiratoria	resp/min	Frecuencia Cardíaca	latidos/min	Temperatura			grados centígrados
Aspecto General							
Agudeza Visual	Tomada con Corrección Lejana	Si No No se evalúa	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		
	Tomada con Corrección Próxima	Si No No se evalúa	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		

	Normal	Anormal	No se evalúa	Observaciones
Cabeza				
Ojos				
Nariz				
Oídos				
Boca				
Faringe				
Cuello - Tiroides				
Tórax				
Corazón				
Pulmones				
Abdomen				
Genitales Externos				
Vascular				
Piel y Faneras				
Neurológico				
Pruebas Neurológicas				
Pares Craneales				
Nervios Motores				
Nervios Sensitivos				
Reflejos				
Coordinación				
Equilibrio				
Osteomuscular				
Columna Vertebral				
Miembros superiores				
Miembros inferiores				
Pruebas Específicas	Phalen		Tinel	Schober (Movilidad lumbar)
	Lassegue		Wells (Isquiotibiales)	Yocum
	Jobe		Patte	Gerber

Pruebas Especiales Riesgo Cardiovascular						
Test de Framingham				Test de Ruffier-Dickson		
Sexo		Edad	años	Tabaco		
Colesterol Total	mg/dL	Colesterol HDL	mg/dL	Pulsaciones en reposo		ppm
Tensión Arterial	mmHg	Diabetes Mellitus		Pulsaciones terminado el ejercicio		ppm
Probabilidad de riesgo cardiovascular a 10 años	%			Pulsaciones terminado el descanso		ppm
				Valoración		



Evaluación Médica Ocupacional

Pruebas Especiales Trabajos de Alto Riesgo								
Equilibrio Estático			Equilibrio Dinámico			Coordinación		
Romberg	Negativo	Positivo	Unterberger	Negativo	Positivo	Prueba índice-nariz	Negativo	Positivo
Romberg Sensibilizado	Negativo	Positivo	Babinsky-weil o marcha a ciegas	Negativo	Positivo	Prueba talón-rodilla	Negativo	Positivo
Índices de Barany	Negativo	Positivo				Prueba de Miller-Fisher	Negativo	Positivo

Observaciones del
Examen Físico**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS****RESULTADOS PARACLÍNICOS**

Examen	Fecha Examen	Observaciones	Interpretación Médica
			Normal Anormal
			Normal Anormal
			Normal Anormal
			Normal Anormal
			Normal Anormal

RESULTADOS LABORATORIO**VACUNACIÓN****DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Principal CIE-10

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

No.	CIE-10	Descripción
1		
2		
3		

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

Restricciones Médicas

Temporalidad meses

Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Remisiones	Visual	Auditivo	Químico	Respiratorio	Cardiovascular
	Psicosocial	Biológico	Biomecánico	Trabajo Alto Riesgo	
	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					



Evaluación Médica Ocupacional














Recomendaciones para mejorar hábitos y estilos de vida	Beber al menos 8 vasos de agua al día	Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos
	Consumir diariamente leche u otro producto lácteo	Aumentar la ingesta de frutas y verduras
	Aumentar ingesta de proteínas	Limitar el consumo de bebidas azucaradas
	Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete	Evitar alimentos con elevado contenido de grasa
	Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana	Bajar de peso
	Evitar el consumo de tabaco	Evitar el consumo de alcohol
	Procurar una adecuada higiene del sueño	Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos
Recomendaciones Médicas para el Usuario	Continuar manejo médico en EPS	Control de cifras tensionales
	Control en programa de riesgo cardiovascular	Control visual anual
	Cambio de lentes por variación en fórmula	Control auditivo anual
	Limpieza de conducto auditivo externo	Continuar tratamiento odontológico
	Usar medias de compresión baja	Usar medias de compresión media
	Realizar citología anualmente	Se sugiere valoración para planificación familiar
	Realizar mamografía	
Recomendaciones Laborales para el Usuario	Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo	
	Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa	
	Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa	
	Higiene Postural	
	Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa	
	Uso de corrección visual permanente	
	Distanciamiento físico de mínimo 1 metro para evitar contagio por COVID-19	
Otras Recomendaciones	Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19	

Firma Especialista

Firma del Usuario

ANEXO OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES

Riesgo Alto		Riesgo Moderado		Riesgo Bajo	
	<input type="checkbox"/> Flexión lateral o giros de columna		<input type="checkbox"/> De rodillas o de cuchillas		<input type="checkbox"/> Buena postura alternando de pie y sentado
	<input type="checkbox"/> Manejo de cargas desde el suelo mayores a 25 Kg.		<input type="checkbox"/> Doblada sobre soporte		<input type="checkbox"/> Buena postura de pie con posibilidad de pausa
	<input type="checkbox"/> Manejo de cargas desde plano de la cintura		<input type="checkbox"/> Manejo de cargas menores a 25 Kg.		<input type="checkbox"/> Buena postura sentado con posibilidad de pausa
	<input type="checkbox"/> Manejo de cargas por encima de hombros		<input type="checkbox"/> Postura prolongada de pie		<input type="checkbox"/> Caminando con carga menor a 12 Kg. (trayecto corto y plano)
	<input type="checkbox"/> Posición inadecuada en trabajo pesado		<input type="checkbox"/> Postura prolongada sentado		<input type="checkbox"/> Transporte de carga con ayuda mecánica
Movimientos Repetitivos		Hombros		Brazos	
				Muñecas	
				Dedos	

A. COLUMNA VERTEBRAL

	CURVA			Ausente	Presente Derecha	Presente Izquierda	CURVA	
	Normal	Anormal Aumentada	Anormal Disminuida					
Cervical - Cifosis								
Dorsal - Cifosis								
Lumbar - Lordosis								
				Cervical - Escoliosis				
				Dorsal - Escoliosis				
				Lumbar - Escoliosis				

Arco Movimiento	Cervical				Dorsal				Lumbar			
	Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda	
	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF
Fuerza	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN

F: Funcional, NF: No Funcional, N: Normal, AN: Anormal

INSPECCIÓN	Cervical		Dorsal		Lumbar		PRUEBAS ESPECIALES		
	Si	No	Si	No	Si	No		Negativo	Positivo
Cicatrices							Lassegue		
Dolor							Wells (Isquiotibiales)	centímetros	
Espasmos							Schober (Movilidad lumbar)	centímetros	

 Observaciones
 Columna Vertebral

B. MIEMBROS SUPERIORES

Arco Movimiento	Hombro				Codo				Muñeca				Dedos			
	Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda	
	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF
Fuerza	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN
Deformidades	INSPECCIÓN															
	Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Masas																
Cicatrices																
Dolor																

F: Funcional, NF: No Funcional, N: Normal, AN: Anormal

	PRUEBAS ESPECIALES								PRUEBAS ESPECIALES							
	Derecha				Izquierda				Derecha				Izquierda			
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Phalen									Tinnel							
Yocum									Jobe							
Patte									Gerber							



Evaluación Médica Ocupacional

	REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS		
	Normal	Anormal	Comentario
Bicipital Derecha			
Bicipital Izquierda			
Tricipital Derecha			
Tricipital Izquierda			
Estilo Radial Derecha			
Estilo Radial Izquierda			
Patológicos	Si	No	

Observaciones Miembros Superiores

C. MIEMBROS INFERIORES

	Cadera				Rodilla				Pie				Dedos			
	Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda	
	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF	F	NF
Arco Movimiento																
Fuerza	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN	N	AN
INSPECCIÓN																
	Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda		Derecha		Izquierda	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Deformidades																
Masas																
Cicatrices																
Dolor																

F: Funcional, NF: No Funcional, N: Normal, AN: Anormal

	REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS		
	Normal	Anormal	Comentario
Patelares Derecha			
Patelares Izquierda			
Aquilianos Derecha			
Aquilianos Izquierda			
Plantar Derecha			
Plantar Izquierda			
Patológicos	Si	No	

Observaciones Miembros Inferiores