



## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	DD	MM	AAAA	Orden Servicio No.	
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 Psicosensoométricas	
	Neurológico			Exposición a Radiaciones Ionizantes	
	Sistema Fonatorio			Trabajo Riesgo Eléctrico	
	Riesgo para COVID-19			No Aplica	
	Ciudad				
Empresa Convenio					
Empresa Usuaria					

Foto

### 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

### ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Observaciones



## Evaluación Psicológica Ocupacional

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

**ANTECEDENTES PERSONALES**

	Negativo	Positivo		Negativo	Positivo
Diabetes Mellitus			Hipertensión Arterial		
Accidente Cerebro Vascular			Epilepsia		
Enfermedad Mental			Alucinaciones visuales y/o auditivas		
Fobias			Trastornos de sueño		
Consumo de medicamentos			Tratamientos psicológico o psiquiátrico		
Otro					
Observaciones					

**HÁBITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES**

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

**ESTADO GENERAL Y CAPACIDAD MENTAL**

	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal
Aseo Personal			Lenguaje			Orientación		
Conducta			Concentración			Atención		
Comprensión Instrucciones								
Observaciones								

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Prueba Complementaria	Fecha Prueba	Descripción	Interpretación		
			N	A	NC

N: Normal, A: Alterada, NC: No Concluyente

**APTITUD PERCEPTIVO - MOTORA**

Coordinación Visomotora	No. de errores		Máx. Errores		Total Salidas		Total Tiempos		Segundos
	Interpretación		Normal		Alterada				
Resistencia a la Monotonía	No. de Aciertos		No. de errores		Máx. Errores				
	No. de Anticipos		No. sin respuesta		Tiempo de respuesta				Segundos
	Interpretación		Normal		Alterada				
Anticipación a la Velocidad	No. de Aciertos				Distancia promedio de la desviación				
	Tiempo medio de desviación (Vel. 1)				Segundos	Tiempo Vel. 1 debe ser menor o igual a			Seg
	Tiempo medio de desviación (Vel. 2)				Segundos	Tiempo Vel. 2 debe ser menor o igual a			Seg
	Interpretación		Normal		Alterada				
Reacciones Múltiples	No. de Aciertos		No. de errores		Máx. Errores		Tiempo de respuesta		Segundos
	Interpretación		Normal		Alterada				
Reacción Simple / Reacción al Frenado	No. de Detenciones		Tiempo de respuesta		Segundos	Máx. Tiempo			Segundos
	Interpretación		Normal		Alterada				

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Principal CIE-10

Tipo		Impresión Diagnóstica		Confirmado Nuevo		Confirmado Repetido
------	--	-----------------------	--	------------------	--	---------------------

No.	CIE-10	Descripción
1		
2		
3		

**CONCEPTO PSICOLOGÍA**

Concepto		Positivo		Negativo		Valoración no concluyente
Observaciones						

**RECOMENDACIONES**

Recomendaciones		Incluir de manera preventiva al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial
		Por hallazgos clínicos en valoración psicológica, se sugiere incluir al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial
		Remisión a Psicología de EPS para establecer conducta a seguir
		Continuar manejo por Psicología/Psiquiatría
		Valoración por medicina laboral EPS
		Valoración por medicina laboral ARL
Otras		

Firma Especialista

Firma del Usuario