|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISIONES Y ACTUALIZACIONES** | | | | | | |
| **TIPO** | | **FECHA** | **VERSION** | **DESCRIPCIÓN** | **ELABORADO POR** | **APROBÓ** |
| **ACTUALIZACION** | **REVISION** |
| x |  | 27/03/2013 | **02** | Se agrega cuadro de revisiones y actualizaciones, se cambia el formato de la fecha de vigencia | John William Lopez  **Gestor Sistemas de Información** | Jhony Leandro Valencia  **Director Gestión Estratégica** |
| X |  | 29/03/2014 | **3** | Se cambia estructura del encabezado, se quita pie de pagina | John William Lopez  **Gestor Sistemas de Información** | Martha Calderón  **Gestora del Riesgo** |
| x |  | 16-12-2015 | **4** | Se cambia estructura del encabezado | Daniel Correa Rojas  **Gestor Sistemas de Información** | Martha Calderón  **Gestora del Riesgo** |

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Examen**  **Ocupacional** | **DE INGRESO** | **PERIÓDICO** | **DE RETIRO** | **OTRO**(especificar) |

**DATOS DEL TRABAJADOR QUE REQUIERE EXAMEN:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Trabajador:** | |  | | | | |
| **N° identificación:** | |  | | **Cargo a ocupar:** | |  |
| **Actividades Básicas del Cargo:** | | Operación forestal | | | | |
| **Principales Factores de Riesgo Ocupacionales:** | |  | | | | |
| **Elementos de Protección Personal Entregados:** | |  | | | | |
| **EPS:** |  | **AFP:** |  | | **ARP:** | SURA |
| **Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |

**EXÁMENES A REALIZAR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Examen a realizar** | **si** | **no** | **Examen a realizar** | **si** | **no** |
| Examen médico ocupacional |  |  | BK seriado |  |  |
| Audiometría ocupacional |  |  | Parcial de orina |  |  |
| Espirometría ocupacional |  |  | Hemograma |  |  |
| Visiometrías ocupacional |  |  | ***Otros*** (especificar): |  |  |
| Examen optométrico |  |  |  |  |  |
| Hemoclasificación |  |  |  |  |  |
| Serología |  |  |  |  |  |
| KOH uñas |  |  |  |  |  |
| Frotis faríngeo |  |  |  |  |  |

NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Autorizadas**