

AUTODECLARACION DE SALUD

Esta **DECLARACION DE SALUD** debe ser completamente diligenciada. La información que usted brinda es de manejo privado y debe ser lo más precisa posible.

NOMBRE: _____ C.C _____

EMPRESA:

CARGO: _____

TIPO DE EXAMEN: INGRESO PERIODICO RETIRO POSTINCAPACIDAD OTRO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ ESTRATO _____

[illegible]

EPS	NIVEL EDUCATIVO
-----	-----------------

TELEFONO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA
----------	-------------------------------

I. ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA

1. ¿Ha tenido contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado de Covid - 19?

SI NO

Cual

2. ¿Es Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso para Covid – 19

SI NO

3. ¿Ha estado en cuarentena por sospecha o confirmación de Covid - 19?

SI NO

Cual

4. Presenta o ha presentado en los últimos 8 días algunos de los siguientes síntomas respiratorios (tos, ahogo/dificultad respiratoria, fiebre, odinofagia)

SI NO

Cual(es) _____

Fiebre
Fatiga
Tos
Dificultad para Respirar
Malestar General
Dolor de Garganta

	Secreción Nasal
	Pérdida del sentido del gusto
	Pérdida del sentido del Olfato
	Nauseas / Vómito / Diarrea
	Rash Cutáneo
	Ninguno

II. ANTECEDENTES

Le han indicado que sufra alguna de las siguientes enfermedades

	SI	NO
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Infarto o enfermedades cardiacas		
Asma o enfermedades pulmonares		
Artritis		
Accidentes cerebro vasculares (ACV)		
Anemia o enfermedades sanguíneas		
Cáncer (Especifique el tipo)		
Obesidad		
Epilepsia o convulsiones		
Enfermedades del Riñón (falla renal)		
Enfermedades del Pulmón		
VIH		
Problemas visuales		
Cual		
Problemas osteomusculares		
Cual		
Otra enfermedad		
Cual		
Le han practicado cirugías		
Cual		
Ha sufrido fracturas		
Consume Algún Medicamento		
Cual:		

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

	SI	NO	Cual
Ha sufrido accidentes laborales reconocidos por ARL			
Le han diagnosticado alguna enfermedad laboral			

IV. HABITOS

	SI	NO	FRECUENCIA
Fuma			
Consume Bebidas Alcohólicas			
Consume Sustancias Psicoactivas			
Cual			

Certifico que todo lo registrado en este documento es verídico. Acepto los resultados y conceptos del presente examen los cuales podrán ser utilizados, en caso necesario, para cualquier certificado de la empresa y a solicitud de las autoridades judiciales y demás personas determinadas en la ley que lo soliciten, así mismo en pleno y normal uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente autorizo en forma expresa al médico designado se realice la consulta no presencial.

Con la aceptación de estos términos y condiciones, el usuario autoriza de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca el Tratamiento de sus datos personales a Salud Ocupacional Sanitas y a las empresas que forman parte del grupo Empresarial Keralty (KERALTY). Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para los fines antes mencionados, conforme a la legislación y reglamentación aplicable.

Fecha:

Nombre del paciente:

No. de identificación:

Autorizo a los profesionales en salud a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacionales.

▶ **Examen médico ocupacional – Consulta No Presencial**

Durante la atención el profesional en salud me explicará la naturaleza y propósito del (los) examen(es) médico(s) y/o paraclínicos ocupacional(es). Así mismo tendré la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), de las pruebas realizadas.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Entiendo que **Salud Ocupacional Sanitas SAS.** dará cumplimiento a la legislación vigente para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas.

Autorizo a **Salud Ocupacional Sanitas SAS.** para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Entiendo y acepto que no se permite realizar grabación parcial o total de la atención realizada durante la consulta no presencial, so pena de incurrir en caso de hacerlo en responsabilidad penal y sanciones que contempla la legislación vigente.

Accedo en plena libertad a la realización de la consulta no presencial a través de videoconferencia y autorizo el uso de la captura fotográfica de la misma como soporte de la atención realizada.

CARLOS CASTRO

FIRMA OBLIGATORIA

NOMBRE

CC

PACIENTE

NOMBRE

LSO:

MÉDICO