|  |  |
| --- | --- |
| **Atención:** Médica Ocupacional \_\_\_ Psicológica \_\_\_\_ | **Responsable:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Hora** | **Cédula** | **Nombres y Apellidos** | **Número de Celular** | **Motivo de Atención[[1]](#footnote-1)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Consulta por primera vez; Control por accidente de trabajo; Primeros Auxilios; Recomendación médico laboral; Cierre de caso; Control médico; Valoración por incapacidad médica prologada; Control por enfermedad laboral; Evaluación Ocupacional de ingreso; Evaluación Ocupacional de egreso; Examen periódico; Asesoría médica laboral; Acompañamiento psicológico; Otro [↑](#footnote-ref-1)