|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE APELLIDO: |  | CEDULA N°: |  | EDAD: |
| CARGO: |  | TIPO CONTRATO:  |  | TIPO EPS |  |
| **TRABAJO A REALIZAR**  |
| TRABAJO ALTURAS |  | ESPACIOS CONFINADOS |  | FECHA INICIO: |  | FECHA TERMINACIÓN: |  |
| **ANTECEDENTES** |
| ÍTEM  | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 |
|  | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Hipertensión arterial no controlada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad Respiratoria (Asma, Bronquitis, Enfisema) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Daltonismo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos Psiquiátricos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes o Hipoglicemia no controladas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anemia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Claustrofobia  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fobia a las Alturas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anosmia (Incapacidad para percibir Olores) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad Neurológicas (Convulsiones, vértigo, epilepsia y/o ACV) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno crónico de la piel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno de salud relacionado con calor (Golpe, sincope, calambres) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL** |
| ÍTEM  | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 |
| Valor de Tensión Diaria (a.m.)  |  |  |  |  |  |  |
| Valor de Frecuencia Cardiaca (a.m.)  |  |  |  |  |  |  |
| Valor de Tensión Diaria (p.m.)  |  |  |  |  |  |  |
| Valor de Frecuencia Cardiaca (p.m.)  |  |  |  |  |  |  |
| ÍTEM | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Trastorno Osteomuscular Activo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno del sueño  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno Auditivo  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ÍTEM | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Enfermedad Diarreica, infecciosa o febril Aguda  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno Visual  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno Respiratorio  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vomito |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de medicamentos que afectan órganos de los sentidos , Capacidad de reacción, vigilia o función neuromuscular  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de alcohol y/o drogas psicoactivas hasta 24 horas antes ( Resultado de la alcoholimetría) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.** | Firma Trabajador | Firma Trabajador | Firma Trabajador | Firma Trabajador | Firma Trabajador | Firma Trabajador |
| 1. Diligencie el registro en el día correspondiente cada vez que vaya a realizar tareas de alto riesgo |
| 2. En las casillas de la parte inferior escriba el nombre y diariamente firme. |
| 3. Cualquier casilla marcada con S imposibilita al trabajador para realizar la tarea de alto riesgo. Reporte de inmediato a la oficina de Salud Ocupacional |
| Vo.Bo. Medico / Enfermero Jefe |  |
| OBSERVACIONES  |
|  |
|  |
|  |
|  |