|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo:** Verificar las condiciones de salud del personal docente no perteneciente a carrera profesoral, las personas vinculadas en la modalidad de supernumerario, y estudiantes afiliados a la ARL, mediante el diligenciamiento de un auto reporte de salud. Lo anterior con el fin de determinar la necesidad de realizar un examen médico ocupacional de pre-ingreso. | | | | | | | |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | |
| Nombres y apellidos |  | | | | Fecha diligenciamiento | | dd/mm/aaaa |
| Número de identificación |  | | Cargo | |  | | |
| Tipo de vinculación |  | | Sede | |  | | |
|  | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE SALUD** | | | **SI** | **NO** | **DESCRIPCIÓN** | | |
| ¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente? (describir brevemente) | | |  |  |  | | |
| ¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (describir brevemente) | | |  |  |  | | |
| ¿En los últimos tres (3) meses ha presentado sintomatología que haya afectado sus condiciones de salud? (describir brevemente) | | |  |  |  | | |
| ¿Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico? (describir brevemente) | | |  |  |  | | |
| ¿Actualmente se encuentra incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad) | | |  |  |  | | |
| ¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad) | | |  |  |  | | |
| **Declaración:** La persona que diligenció este formato expresa mediante su firma que se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento.  Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud: **SI** **NO** | | | | | | | |
| Firma del servidor público/ estudiante afiliado a la ARL: | |  | | | | Cédula: | |
| **OBSERVACIONES (Espacio reservado para la Universidad Nacional de Colombia)** | | | | | | | |
| **FIRMA JEFE DEL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  **PROFESIONAL SST – QUE COORDINA EXAMENES MÉDICOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
|
|
|