

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	
ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL							<input type="checkbox"/> (1) Empleador	<input type="checkbox"/> (2) Contratante	<input type="checkbox"/> (3) Independiente	<input type="checkbox"/> (4) Cooperativa de Trabajo Asociado	<input type="checkbox"/> (5) Agremiación	<input type="checkbox"/> (6) Asociación
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)				CÓDIGO				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				DIRECCIÓN PRINCIPAL								
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. _____												
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R				
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR							CÓDIGO					
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:												
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			CÓDIGO		DIRECCIÓN							
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R					

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA A QUIEN SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL	
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. _____				DDMM/AAAA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (5) Independ. <input type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO			CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	ZONA
							<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
OCUPACIÓN HABITUAL				CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		
					DDMM/AAAA		
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
\$ _____				<input type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS			

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD			
DIAGNOSTICADO POR			
<input type="checkbox"/> MÉDICO EPS <input type="checkbox"/> MÉDICO IPS <input type="checkbox"/> MÉDICO ARL <input type="checkbox"/> MÉDICO EMPRESA <input type="checkbox"/> MÉDICO PARTICULAR			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO		No. REGISTRO MÉDICO	FIRMA
DIAGNOSTICO(S)		CIE 10	
1:		DDMM/AAAA	
2:		DDMM/AAAA	
3:		DDMM/AAAA	

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(ES)				
QUÍMICO <input type="checkbox"/>	FÍSICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	ERGONÓMICO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Rocíos <input type="checkbox"/> Neblinas <input type="checkbox"/> Fibras <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Vibraciones <input type="checkbox"/> Radiaciones <input type="checkbox"/> Ionizantes <input type="checkbox"/> Radiaciones no ionizantes <input type="checkbox"/> Presiones anormales <input type="checkbox"/> Efectos del estado del tiempo <input type="checkbox"/> Exposición al frío o calor <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Bacterias <input type="checkbox"/> Hongos <input type="checkbox"/> Parásitos <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de aguas residuales <input type="checkbox"/> Inadecuada recolección, tratamiento y disposición de basuras y residuos peligrosos. <input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de emisiones ambientales <input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál? _____	_____ _____ _____ ERGONÓMICO <input type="checkbox"/> _____ _____
Tiempo de exposición (meses)	Empresa	Factor de riesgo	Tiempo de exposición (meses)	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR			
Marque "Sí", cuando la(s) evaluación(es) que le han realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.			
Pre-ocupacional <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Periódica <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Egreso o postocupacional <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD		
MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO
<input type="checkbox"/> Mediciones ambientales:		DDMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Indicaciones biológicas:		DDMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Estudio de puesto de trabajo:		DDMM/AAAA
<input type="checkbox"/> Otros estudios:		DDMM/AAAA

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME		
APELLIDOS Y NOMBRES RESPONSABLES DEL INFORME	CARGO	FIRMA
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. _____		

