**1. OBJETIVO:**

**El presente formato tiene como propósito recolectar información sobre diferentes elementos de las áreas de ajuste de los funcionarios para la retroalimentación del sistema de vigilancia epidemiológico, en línea con las actividades del plan de riesgo psicosocial.**

**3. INFORMACIÓN GENERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA:** | DIA |  | MES |  | AÑO |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTIVO DE** | Ingreso |  | Periódico |  | Reubicación |  | Egreso |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTA:** |  Reintegro  |  | Seguimiento |  | Remisión |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ciudad  |  | Dependencia |  |

**4. IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO**

* 1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos  |  | Nombres |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEXO:** | Masculino |  | Femenino |  | Cédula: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDAD:** | Años  |  | Fecha de Nacimiento: | DIA |  | MES |  | AÑO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar de nacimiento** | Municipio |  | Departamento |  |
| **Domicilio:**  | Dirección |  | Teléfono |  |
| Municipio |  | Departamento |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado civil:** | Soltero |  | Casado |  | Separado |  | Viudo |  | Unión libre |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Académico:** | Primaria |  | Secundaria |  | Tecnológico |  | Universitario |  | Postgrado |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de Hijos: |  | Número de personas a cargo que dependen económicamente |  |

* 1. **HISTORIA LABORAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empresas (Anteriores)** | **Año** | **Tiempo** | **Cargo** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo Actual |  | Funciones: | Administrativas |  | Operativas |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Áreas de Trabajo | Dirección |  | Subdirección  |  |
| Grupo |  | Área |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antigüedad en años:** | En la Entidad  |  | En el Cargo |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Turnos:** | Diurno |  | Rotativo |  | Disponibilidad |  |

1. **VALORACIÓN PSICOLÓGICA**
	1. **ANTECEDENTES FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad** | Abuelos | Padre | Madre | Hermanos | Hijos | **Observaciones** |
| Enfermedades mentales |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de sustancias psicoactivas |  |  |  |  |  |  |

* 1. **ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ha recibido atención psicológica? | SI |  | NO |  | Fecha: |  |
| Motivo |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etapas** | **Bueno** | **Regular** | **Malo** | **Observaciones** |
| Infancia |  |  |  |  |
| Adolescencia |  |  |  |  |
| Adultez  |  |  |  |  |

* 1. **HÁBITOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fuma actualmente | SÍ | NO | Número cigarrillos día |  | Tiempo | Años |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fumó anteriormente | SÍ | NO | Número cigarrillos día |  | Tiempo | Años |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consumo de Alcohol | SÍ | NO | Habitual |  | Ocasional |  | Estado de Embriaguez | SÍ | NO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Práctica algún deporte o realiza ejercicio | SÍ | NO | Habitual |  | Ocasional |  | Realiza actividades recreativas | SÍ | NO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **AUTO - DESCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Características Positivas |  |
| Características Negativas |  |
| Proyecciones a Corto Plazo |  |
| Proyecciones a Largo Plazo |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auto percepción** | **Bueno** | **Regular** | **Malo** | **Observaciones** |
| Auto – Autoestima |  |  |  |  |
| Motivación |  |  |  |  |
| Estado Anímico actual |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Síntoma** | **Nunca** | **Ocasional** | **Frecuente** |  | **Síntoma** | **Nunca** | **Ocasional** | **Frecuente** |
| Bulimia |  |  |  |  | Mareo  |  |  |  |
| Inapetencia  |  |  |  |  | Sudoración |  |  |  |
| Trastornos Digestivos |  |  |  |  | Taquicardia |  |  |  |
| Fatiga |  |  |  |  | Temblor |  |  |  |
| Sensación de asfixia |  |  |  |  | Tensión Muscular |  |  |  |
| Hormigueo manos y pies |  |  |  |  | Insomnio |  |  |  |
| Alteraciones de piel |  |  |  |  | Somnolencia |  |  |  |
| Cefalea |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **REACCIONES EMOCIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reacción** | **Nunca** | **Ocasional** | **Frecuente** |  | **Reacción** | **Nunca** | **Ocasional** | **Frecuente** |
| Tristeza |  |  |  |  | Llanto frecuente |  |  |  |
| Timidez |  |  |  |  | Culpabilidad |  |  |  |
| Pesimismo |  |  |  |  | Irritabilidad |  |  |  |
| Agresividad |  |  |  |  | Ideas Suicidas |  |  |  |
| Ansiedad |  |  |  |  | Frustración |  |  |  |
| Labilidad afectiva |  |  |  |  | Euforia |  |  |  |
| Auto - agresión |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **SATISFACCIÓN EN EL HOGAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado de Satisfacción con** | **Bueno** | **Regular** | **Malo** |  | **Grado de Satisfacción con** | **Bueno** | **Regular** | **Malo** |
| Comunicación |  |  |  |  | Actividades sociales |  |  |  |
| Responsabilidad |  |  |  |  | Recreación |  |  |  |
| Manifestaciones afectivas |  |  |  |  | Crianza de los hijos |  |  |  |
| Relaciones sexuales |  |  |  |  | Relación familia política |  |  |  |

* 1. **EXPOSICIÓN A AGENTES GENERADORES DE ESTRÉS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agentes** | **Alto** | **Medio** | **Bajo** |  | **Agentes** | **Alto** | **Medio** | **Bajo** |
| Conyugal |  |  |  |  | Lesión – Enfermedad |  |  |  |
| Relación con los hijos |  |  |  |  | Laboral |  |  |  |
| Relación con los padres |  |  |  |  | Orden Público |  |  |  |
| Relación Interpersonal |  |  |  |  | Financieros |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Sus actividades laborales le han generado consecuencias negativas a nivel físico o emocional?¿Al estar expuesto a las condiciones de las zonas protegidas, ha manifestado alguna reacción a nivel psicofisiológico? | SI |  | NO |  | Fecha: |  |
|  |  |  |
| **¿Luego de participar en estas acciones, ha manifestado alguno de los siguientes síntomas?**  | **Alto** | **Medio** | **Bajo** |
| Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación  |  |  |  |
| Sueños repetitivos del evento |  |  |  |
| Aislamiento excesivo de las personas, lugares u objetos que hacen recordar el evento  |  |  |  |
| Conciencia excesiva (hipervigilancia – estado de alerta)  |  |  |  |

1. **FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Factor** | **Alto** | **Medio** | **Bajo** |  | **Factor** | **Alto** | **Medio** | **Bajo** |
| Función realizada |  |  |  |  | Institución |  |  |  |
| Relación con el jefe |  |  |  |  | Salario |  |  |  |
| Relación con los compañeros |  |  |  |  | Jornada laboral |  |  |  |
| Rotación del puesto de trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ATEP Y REUBICACIÓN LABORAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **Fecha** | **Descripción** |
| ¿Ha tenido algún accidente de trabajo? |  |  |  |  |
| ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad de índole profesional? |  |  |  |  |
| Ha sido reubicado por concepto médico y/o psicológico? |  |  |  |  |

1. **CONCEPTO PSICOLÓGICO**
	1. **OBSERVACIONES RIESGO PSICOSOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CALIFICACIÓN** | ALTO |  | MEDIO |  | BAJO |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Seguimientos** | **Diagnóstico** | **Observaciones** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |

1. **RECOMENDACIONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **Observaciones** |
| Remisión Psicológica |  |  |  |
| Remisión Psiquiatrita |  |  |
| Compromiso de asistir al especialista.  |  |  | **EPS:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Nombre del profesional** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma del funcionario****C.C.**  |  | **Firma del Profesional** |