

CERTIFICADO
NO. \$Anual

\$Comercio

\$Acreditacion

\$Centro



Nit: \$Nit
Dirección: \$Direccion
Teléfono: \$Telefono
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS: \$Habilitacion
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: \$Mintransporte

Huellas del aspirante



Izquierda

Derecha

INFORME DE EVALUACIÓN FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Examen No: \$NumeroDeExamen **RUNT No:** \$NumeroRunt
Fecha de Expedición: \$FechaExpedicion **Fecha Vencimiento:** \$FechaVencimiento

INFORMACIÓN DEL CANDIDATO

Nombre: \$NombreCandidato
Ocupación: \$OcupacionCandidato
Dirección: \$DireccionCandidato
Estado Civil: \$EstadoCivilCandidato
Aseguradora: \$EPSCandidato

Fecha Nacimiento: \$FechaNacimiento
Edad: \$EdadCandidato años
Lugar de residencia: \$LugarResidenciaCandidato
Tipo Vinculación: \$TipoVinculacionAseguradora

Documento: \$Documento
Telefono: \$TelefonoCandidato
Gs/Rh: \$GrupoSanguineo
Sexo: \$SexoCandidato

INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE

Nombre: \$NombreAcompanante

Telefono: \$TelefonoAcompanante

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre: \$NombreResponsable

Telefono: \$TelefonoResponsable

Parentesco: \$ParentescoResponsable

\$\$\$Fono

Observaciones

\$ObservacionesFono

Fonoaudiólogo
\$NombreFono

No. Registro
\$RegistroFono



Firma

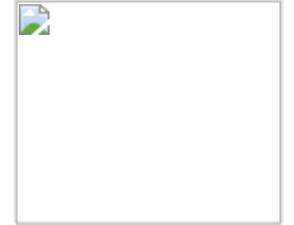
Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Huella

\$\$\$Opto
Observaciones
\$ObservacionesOpto

Optómetra
\$NombreOpto

No. Registro
\$RegistroOpto



Firma

Firma y Huella del Optómetra

Huella

\$\$\$Psicologia

Personalidad y Sustancias

	Puntuación directa	Máxima puntuación
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	\$DeliriumDirecta	\$DeliriumMaxima
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	\$TrastornoMentalDirecta	\$TrastornoMentalMaxima
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	\$EsquizofreniaDirecta	\$EsquizofreniaMaxima
10.4 Trastornos del estado de ánimo	\$EstadoAnimoDirecta	\$EstadoAnimoMaxima
10.5 Trastornos disociativos	\$DisociativosDirecta	\$DisociativosMaxima
10.6 Trastornos del Sueño	\$SuenoDirecta	\$SuenoMaxima
10.7 Trastornos del control de impulsos	\$ImpulsosDirecta	\$ImpulsosMaxima
10.8 Trastornos de personalidad	\$TrastornoPersonalidadDirecta	\$TrastornoPersonalidadMaxima
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	\$TrastornoDIntelectualDirecta	\$TrastornoDIntelectualMaxima
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	\$DeficitAtencionDirecta	\$DeficitAtencionMaxima
11.1 11.2 11.3 Abuso, dependencia y trastornos inducidos por el alcohol	\$AbusoAlcoholDirecta	\$AbusoAlcoholMaxima
11.4 11.5 11.6 11.7 Consumo habitual, abuso, dependencia y trastornos inducidos de sustancias psicoactivas	\$AbusoPsicoactivasDirecta	\$AbusoPsicoactivasMaxima

\$\$\$TestInteligencia

10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

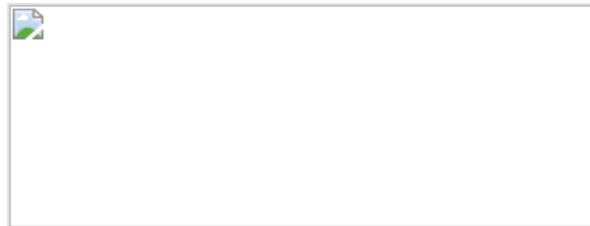
	Observaciones
Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental.	\$OtrosTrasCentrado
Aunque la persona tiene un trastorno mental, éste no está relacionado con el problema	\$OtrosTrasNoEstaRelacionado
La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica	\$OtrosTrasMerecer

Observaciones

\$ObservacionesPsicologiaTest

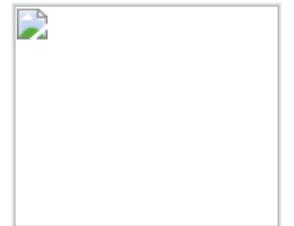
Psicólogo
\$NombrePsicologo

No. Registro
\$RegistroPsicologo



Firma

Firma y Huella del Psicólogo



Huella

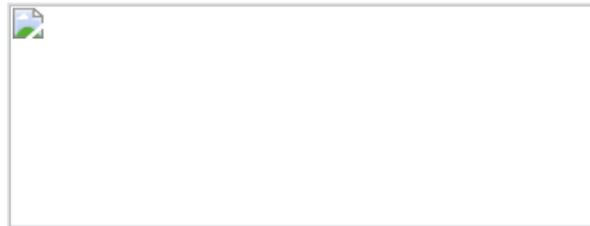
\$\$\$Medical

Observaciones

\$ObservacionesMedicina

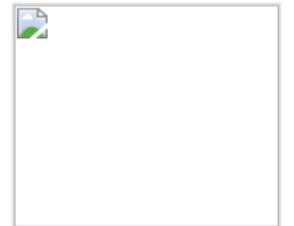
Médico
\$NombreMedico

No. Registro
\$RegistroMedico



Firma

Firma y Huella del Médico general



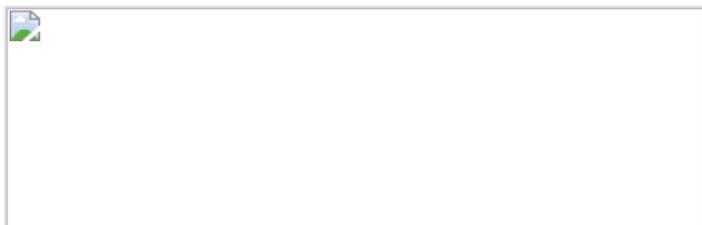
Huella

Observaciones

\$ObservacioneCertificador

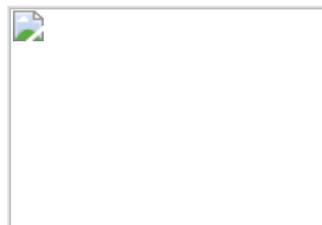
CERTIFICADOR
\$NombreCertificador

No. Registro
\$RegistroCertificador



Firma

Firma y Huella del Certificador



Huella



Firma del evaluado