



VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL

PC12-F1 Edición 9

Fecha Reconocimiento:...../...../.....

CÓDIGO:

TIPO RECONOCIMIENTO: INICIAL PERIÓDICO INCORP. AUSENCIA PROL. CAMBIO DE TAREAS

NOMBRE: APELLIDOS:.....

D.N.I.: FECHA NACIMIENTO:/...../..... TELF.:

EMPRESA: FECHA INGRESO:/...../.....

PUESTO DE TRABAJO: SEXO: Varón Mujer

TRABAJO ANTERIORES: Puestos de trabajo anteriores y años trabajados

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

CARDIO-VASCULAR: Hipertensión Arterial Otros:

NEUMOLOGÍA :

DIGESTIVO: Úlcera Gastro-Duodenal Otros:

GENITOURINARIO :

OTORRINOLARING. :

DERMATOLOGÍA :

TRAUMATOLOGÍA/OSTEOMUSCULAR:

NEUROLOGÍA : Epilepsia Otros:

OFTALMOLOGÍA:

ENDOCRINOMETAB.: Diabetes Colesterol alto Otros:

INMUNOLOGÍA:

INT. QUIRÚRGICAS:

ALERGIAS.:

OTROS:

HÁBITOS:

TABACO: NO Sí: Nº cigarrillos/día: Nº años: EXFUMADOR

ALCOHOL: NO Sí: DIARIO FINES SEMANA OCASIONALMENTE

ACTIVIDAD DEPORTIVA: NO Sí: ¿Cuál?..... DIETA VARIADA: NO Sí

RITMO INTESTINAL NORMAL: NO Sí RITMO URINARIO NORMAL: NO Sí

HIGIENE BUCAL DIARIA: NO Sí VACUNAS: TÉTANOS. GRIPE. HEPATITIS B. Otras:

TOMA MEDICAMENTOS: NO Sí: ¿Cuál y para qué?

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

ÚLTIMO AÑO:

¿CÓMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL? BUENO MALO

¿HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE LABORAL? NO SI ¿CUÁL?:.....

¿LE HAN DECLARADO ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? NO SI ¿CUÁL?:.....

¿CAUSÓ BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD COMÚN? NO SI ¿CUÁL?:.....


SENSIBILIDADES ESPECIALES:

EMBARAZO: SEMANA: LACTANCIA MENOR DE EDAD

DISCAPACIDAD RECONOCIDA: ¿ CUÁL Y %?

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

.....

NOMBRE y APELLIDOS TRABAJADOR/A:	 PC12-F1 Edición 9
DNI:	
EMPRESA:	
PUESTO DE TRABAJO:	
Fecha:	

CONSENTIMIENTO EXAMEN DE SALUD

Se le informa que se le realizará un **Examen de Salud**, específico para su puesto de trabajo en función de los riesgos inherentes al mismo.

En virtud de lo establecido en el artículo 22 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, se le comunica que la vigilancia de la salud, es imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.

Por otra parte, la empresa y los órganos con responsabilidad en materia de prevención, serán informados de las conclusiones que se deriven de los **Exámenes de Salud** efectuados, en términos de aptitud para el desempeño de su puesto de trabajo o en términos de necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

Consiento la realización del Examen de Salud: SI

CONSENTIMIENTO EXTRACCIÓN DE SANGRE

Según la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le informa de la realización de extracción sanguínea en el Examen de Salud.

Los efectos secundarios de la extracción de sangre son poco comunes, pero podrían incluir: dolor, mareos, desmayos, hemorragia, sudoración, formación de hematomas y en raras ocasiones infección.

Consiento la extracción de sangre: SI NO

ELIJA COMO DESEA RECIBIR SU INFORME

<input type="checkbox"/> POR MAIL: Reciba su informe directamente en su correo electrónico E-mail personal: _____@_____._____
<input type="checkbox"/> RESULTADOS EN LA WEB (www.prevenpyme.es). Le avisaremos vía SMS de su usuario y contraseña Teléfono móvil personal: _____ (Recibirá SMS cuando estén los resultados)

Gracias por su colaboración

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

POR MAIL: Reciba su informe directamente en su correo electrónico

E-mail personal: _____@_____._____

RESULTADOS EN LA WEB (www.prevenpyme.es). Le avisaremos vía SMS de su usuario y contraseña

Teléfono móvil personal: _____ (Recibirá **SMS** cuando estén los resultados)