

POR CONFIDENCIALIDAD ENTREGAR SOLAMENTE EN RIESGOS LABORALES
CUESTIONARIO DE SALUD (NUEVO CONTRATO) FECHA ACTUAL: _____

*Lea con atención las preguntas de este cuestionario, para así ayudarnos a conocer su estado de salud. Su uso es confidencial. Por favor, **RELLENE LOS DATOS CON LETRA CLARA Y NO OLVIDE FIRMARLO.***

NOMBRE Y APELLIDOS: _____	NIF: _____
EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO: _____	TFNO. (PARTICULAR): _____
CATEGORIA: _____	
CENTRO: _____	SERVICIOS: _____

CONTRATOS: DURACIÓN PREVISTA _____

¿HA REALIZADO UN RECONOCIMIENTO MÉDICO DE SU CATEGORÍA PROFESIONAL EN LOS 3 AÑOS ANTERIORES? SI NO ¿DÓNDE?: MAZ SALUD HCU OTROS

¿INDIQUE SI ESTA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

- DISCAPACIDAD RECONOCIDA: TIPO: FÍSICA PSIQUICA VISUAL AUDITIVA

↳ En caso afirmativo, indicar el PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD reconocido:%

DISPONE DE INFORME DE ADAPTACION: EN ESTE SECTOR: SI NO

EN OTROS SECTORES: SI NO (APORTAR)

• EMBARAZO SI NO SEMANA GESTACIÓN

• LACTANCIA SI NO

SERVICIOS O UNIDADES ¿DÓNDE HA TRABAJADO?

¿OTROS TRABAJOS DISTINTOS?

¿CREE TENER ALGÚN RIESGO EN EL TRABAJO QUE REALIZA O VA A REALIZAR? En caso afirmativo, por favor, especifíquelos:

¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/>	Alteraciones Endocrinas (diabetes, tiroides, etc.).....	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Genitourinarias	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas (epilepsia, migrañas, etc.).....
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardiológicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Ap.to Locomotor: <input type="checkbox"/> Cervicales <input type="checkbox"/> Dorsales <input type="checkbox"/> Lumbares <input type="checkbox"/> Hombros <input type="checkbox"/> Muñecas/manos <input type="checkbox"/> Otros (especifique):	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Dermatológicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Oncológicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias (asma, SAOS, etc.)
<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Aparato Digestivo.....	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/>	Otras (especifique):

¿Ha recibido tratamiento por alguna de estas enfermedades? SI NO

Tipo Tratamiento _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS (*especifique en qué año se le realizaron*)

ACCIDENTES LABORALES PREVIOS (*breve reseña, indicando fecha del mismo*)

ACCIDENTES NO LABORALES PREVIOS (*breve reseña indicando fecha del mismo*)

¿Ha estado limitado o de baja por alguno de estos motivos? SI NO

¿HA NOTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Insomnio o dificultades para dormir |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Cambios en la voz |
| <input type="checkbox"/> Aumento importante de peso | <input type="checkbox"/> Aumento de tos por la mañana |
| <input type="checkbox"/> Disminución importante de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la orina (escozor, pérdida de fuerza, goteo, cambios de color) | <input type="checkbox"/> Cambios en pecas, verrugas o lunares |
| | <input type="checkbox"/> Problema en la vista, oído, etc. |
| | <input type="checkbox"/> Otros |

¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN EL MOMENTO ACTUAL?

¿CREE NECESARIO ANOTAR ALGÚN OTRO DATO EN RELACIÓN CON SU SALUD, QUE NO LE HAYA SIDO PREGUNTADO? _____

VACUNACIONES PREVIAS (*APORTAR CARTILLA VACUNACIÓN (INFANTIL y/o ADULTOS) si dispone de ella:*)

HA SIDO TRATADO PREVIAMENTE CON:

Radioterapia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Motivo:		Fecha:	
Citotóxicos (quimioterapia)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Motivo:		Fecha:	
Inmunosupresores	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Motivo:		Fecha:	
Marcapasos, Prótesis o Implantes metálicos, neuroestimuladores, etc.	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Motivo:		Fecha:	
Otros (especifique):	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Motivo:		Fecha:	

HA RECIBIDO FORMACION BÁSICA EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES (especifique):
 SI NO ¿Durante cuántas horas?: _____ ¿En qué fechas ha hecho la formación? _____
 ¿En qué Centro?: _____

Declaro que no padezco, ni he padecido ninguna enfermedad no manifestada anteriormente, por lo que asumo las responsabilidades derivadas de la omisión de algún dato importante.

Firma _____

Revisado por _____