

CUESTIONARIO DE SALUD (NUEVO CONTRATO)

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

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

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

¿HA ESTADO ADAPTADO POR PROBLEMAS DE SALUD EN ALGÚN CENTRO DE TRABAJO ANTERIORMENTE? SI NO ¿DÓNDE?

¿TIENE RESOLUCIÓN/INFORME DE ADAPTACIÓN? ? SI NO

¿TIENE RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD? SI NO PORCENTAJE DISCAPACIDAD.....
TIPO DISCAPACIDAD: FISICA PSQUICA VISUAL AUDITIVA

SERVICIOS ó UNIDADES DONDE HA TRABAJADO

.....
TIEMPO QUE HA TRABAJADO EN SERVICIOS SANITARIOS AÑOS

¿CREE TENER ALGÚN RIESGO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL TRABAJO QUE REALIZA O VA A REALIZAR?. EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFÍQUELOS:

¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enf. de corazón | <input type="checkbox"/> Enf. de pulmón | <input type="checkbox"/> Enf psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de estómago | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Enf neurológicas (epilepsia) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado | <input type="checkbox"/> Ácido úrico elevado | <input type="checkbox"/> Enf oncológicas/ tumores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón/es | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma o alergia |
| <input type="checkbox"/> Hernias discales | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Otras (especifique)..... |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades osteomusculares (<i>en el último año</i>): | | |
| <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Zona lumbar | |
| <input type="checkbox"/> Muñecas-manos | <input type="checkbox"/> Hombros | |

1. Ha recibido tto. por alguno de estos motivos: Si No
2. Ha estado limitado o de baja por estos motivos: Si No

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS (especifique el año en que se realizaron)

.....
.....

ACCIDENTES LABORALES PREVIOS (breve reseña indicando fecha del mismo)

.....
.....

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

.....
.....

¿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 ... |

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?..... En caso afirmativo ¿CÚAL o CUÁLES?:

.....
.....

¿ALERGIAS MEDICAMENTOSAS O NO MEDICAMENTOSAS? (indique a qué) (incluye alergia al LÁTEX)

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

VACUNACIONES PREVIAS (marque las completadas):

- Hepatitis A Hepatitis B Tétanos Sarampión Rubéola Parotiditis Varicela
 Otras (especificuela)

HA SIDO TRATADO PREVIAMENTE CON:

- **Radioterapia:** NO SI Motivo _____ Fecha _____
- **Citotóxicos:** NO SI Motivo _____ Fecha _____
- **Inmunosupresores:** NO SI Motivo _____ Fecha _____

HA RECIBIDO FORMACION EN PREVENCION DE RIESGOS LABORALES (marque lo que proceda)

SI NO

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 _____