

EXÁMEN MÉDICO DE SALUD LABORAL

Para dar cumplimiento al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos laborales 31/1995 de 8 de noviembre, el trabajador, cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para realizar las pruebas médicas y complementarias necesarias en la valoración de su aptitud médico-laboral conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la Vigilancia de la Salud de su empresa.

El contenido de los exámenes médicos y demás declaraciones relativas a su salud tendrán carácter de confidencial, estando sujetos quienes los consulten al deber del secreto profesional.

El personal sanitario le informará del contenido del examen médico de salud laboral: anamnesis (cuestionario y/o interrogatorio médico), historial laboral, exploración clínica, control biológico (análisis) y de los estudios complementarios en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo. Para ello **le agradecemos que rellene este cuestionario escribiendo en mayúsculas y señalando con una X donde proceda.**

DATOS DE FILIACIÓN

APELLIDOS **NOMBRE**
DNI Nº S.S. SEXO..... FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO.....
LOCALIDAD Y CP TELÉFONO

DATOS LABORALES

EMPRESA FECHA DE ALTA

CENTRO DE TRABAJO

PUESTO DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN TAREAS.....

.....

.....

HORARIO DE TRABAJO.....

RIESGOS LABORALES

Cargas Conducción Agentes biológicos Movimientos extremidad superior
 Ruido Sílice Plaglicidas Dermatitis
 Alturas Amianto Disolventes Otros.....

MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Calzado seguridad Mascarilla Gafas protectoras
 Guantes Arnés Mono
 Casco Protección auditiva Otros.....

TAREAS EXTRALABORALES CON LOS MISMOS RIESGOS.....

.....

TRABAJOS ANTERIORES (puesto de trabajo/riesgos/tiempo)

.....

.....

.....

.....

NOTA IMPORTANTE: PARA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ESTAR FIRMADAS TODAS LAS PÁGINAS.

Firma del trabajador/a

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES: padece o ha padecido:

MINUSVALÍA / DISCAPACIDAD	NO	SI	Grado..... % Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/>
ENF. CONGÉNITA / HEREDITARIA	NO	SI	
DEFORMIDAD CONGÉNITA	NO	SI	
ENF. INFANTILES IMPORTANTES	NO	SI	<input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> epilepsia..... <input type="checkbox"/> otros
ALERGIAS	NO	SI	
ENFERMEDAD DE LOS OJOS	NO	SI	<input type="checkbox"/> miopía <input type="checkbox"/> hipermetropía <input type="checkbox"/> astigmatismo <input type="checkbox"/> cataratas
¿Usa lentes?	NO	SI	<input type="checkbox"/> presbicia <input type="checkbox"/> cirugía por
ENFERMEDAD DE LOS OÍDOS	NO	SI	
¿Oye usted bien?	NO	SI	<input type="checkbox"/> ¿usa audífono? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
ENFERMEDAD DEL TIROIDES	NO	SI	<input type="checkbox"/> hipotiroidismo <input type="checkbox"/> hipertiroidismo <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	NO	SI	<input type="checkbox"/> tuberculosis <input type="checkbox"/> neumonía <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> neumotórax <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	NO	SI	<input type="checkbox"/> arritmia <input type="checkbox"/> valvulopatía <input type="checkbox"/> coronariopatía (infarto) <input type="checkbox"/> soplo <input type="checkbox"/>
ALTERACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	NO	SI	<input type="checkbox"/> TA baja <input type="checkbox"/> TA alta, hipertensión
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	NO	SI	<input type="checkbox"/> gastritis <input type="checkbox"/> úlcera <input type="checkbox"/> diarreas <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> sangre en heces <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL HÍGADO	NO	SI	<input type="checkbox"/> hepatitis
DIABETES, AZÚCAR	NO	SI	<input type="checkbox"/> controla con dieta <input type="checkbox"/> antidiabéticos orales <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> bajadas de azúcar
ALTERACIONES METABÓLICAS	NO	SI	<input type="checkbox"/> elevación colesterol <input type="checkbox"/> triglicéridos <input type="checkbox"/> ácido úrico
ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS	NO	SI	<input type="checkbox"/> infecciones orina <input type="checkbox"/> cólico renal <input type="checkbox"/> orinar sangre <input type="checkbox"/> problemas próstata <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	NO	SI	<input type="checkbox"/> cefaleas <input type="checkbox"/> temblores, convulsiones <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> parálisis <input type="checkbox"/> mareos/inestabilidad <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	NO	SI	<input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> fobias <input type="checkbox"/> psicosis ¿Ha recibido tratamiento?.....
PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES	NO	SI	<input type="checkbox"/> artritis <input type="checkbox"/> artrosis <input type="checkbox"/> enf. reumáticas <input type="checkbox"/> tendinitis <input type="checkbox"/> síndrome túnel carpiano <input type="checkbox"/> lumbago <input type="checkbox"/> luxación <input type="checkbox"/> fracturas óseas <input type="checkbox"/> amputación <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DE LA PIEL	NO	SI	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES	NO	SI	<input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> hepatitis A <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis C <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> paludismo <input type="checkbox"/> tuberculosis <input type="checkbox"/>
INGRESO HOSPITALARIO	NO	SI	Motivo
OPERACIONES CIRUGÍA	NO	SI	<input type="checkbox"/> amígdalas <input type="checkbox"/> apendicitis <input type="checkbox"/> fracturas <input type="checkbox"/>
ACCIDENTE GRAVE	NO	SI	
SECUELAS	NO	SI	
¿TIENE VARICES?	NO	SI	<input type="checkbox"/> dilataciones capilares <input type="checkbox"/> varices
¿TIENE OTRAS ENFERMEDADES?	NO	SI	

CONTESTE SÓLO SI ES MUJER

¿Problemas ginecológicos?	NO	SI	<input type="checkbox"/> desarreglos menstruales <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> Pérdidas <input type="checkbox"/> otros
¿Revisiones ginecológicas?	NO	SI	Fecha de la última revisión
¿Toma anticonceptivos?	NO	SI	¿cuál?
¿Problemas mamarios?	NO	SI	<input type="checkbox"/> bultos, nódulos <input type="checkbox"/> secreción <input type="checkbox"/> otros
Fecha de la última regla	NO	SI	Fecha
¿Está usted embarazada?	NO	SI	Fecha probable de parto

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

HÁBITOS

TABACO nunca exfumador desde..... años ocasional cantidad..... /día habitual desde hace años cantidad..... /día

ALCOHOL nunca esporádico fin de semana copas habitual /día

CAFÉS/TE nunca esporádico habitual /día

DROGAS nunca esporádico fin de semana
 habitual excosumidor desde hace años

DEPORTE nunca esporádico habitual

ACTIVIDAD FÍSICA Leve Moderada Intensa

MEDICAMENTOS esporádicamente últimas dos semanas.....
 actualmente toma

HORAS DE SUEÑO horas/día **DUERME BIEN** si no **TAREAS DOMÉSTICAS** si no

DIETA normal diabético pobre en grasas

MANO DOMINANTE Derecha Izquierda

AFICIONES

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

ENFERMEDADES DEL **PADRE**

fallecido de a la edad de.....

ENFERMEDADES DE LA **MADRE**

fallecida de a la edad de.....

OTROS FAMILIARES

HIJOS

ENFERMEDADES CONGENITAS O HEREDITARIAS EN SU FAMILIA: diabetes HTA del corazón

colesterol otras

VACUNAS

Tétanos Hepatitis A Hepatitis B Fiebre Tifoidea

Gripe Triple vírica

ACCIDENTES DE TRABAJO

(lesión/fecha).....

ENFERMEDAD PROFESIONAL (enfermedad/fecha).....

BAJA EN EL ÚLTIMO AÑO Si No Motivo:

ACTUALMENTE PADECE DE:

INCAPACIDAD LABORAL PARA SU PUESTO DE TRABAJO Sí No

Actualmente está: alta baja enf. común baja acc. laboral baja enf. prof. invalidez

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS NOMBRE.....

DNI.....

Declara haber contestado sinceramente a las preguntas efectuadas y no ocultar ninguna enfermedad o defecto psíquico-físico que hubiera padecido o padeciese en la actualidad.

He recibido **información** sobre los posibles efectos sobre mi salud atendiendo a los riesgos de mi puesto de trabajo, facilitada por el personal sanitario del Servicio de Prevención que me ha atendido durante el examen médico de salud laboral, así como sobre el contenido de los resultados, que en el momento actual están disponibles, de las pruebas y exploraciones complementarias realizadas con motivo de dicho examen de salud; y han respondido y aclarado mis dudas al respecto.

INFORMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán tratados para la realización de los exámenes médicos de salud laboral en el marco de la prestación del servicio de vigilancia de la salud. La base jurídica la constituye el cumplimiento de obligaciones. La información se conservará durante los plazos estipulados en la normativa vigente. Más información sobre nuestra política de privacidad para reconocimientos médicos en <http://www.previs.es:8080/default.asp?pagina=121>.

Además, para descargar el resultado del reconocimiento desde nuestra web, sus datos identificativos y los generados en el acceso a Previs On Line, serán tratados para la gestión de la relación con los usuarios registrados, la administración y la gestión de la seguridad de la web y el cumplimiento de nuestras obligaciones legales. La base jurídica para este tratamiento es la gestión de la relación jurídica con nuestros usuarios, el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, así como nuestro interés legítimo en gestionar la seguridad de nuestros sistemas. Sus datos serán tratados durante la vigencia de la relación que mantiene con nosotros y en todo caso durante los plazos previstos en las disposiciones legales aplicables y el tiempo necesario para atender a posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Más información sobre nuestra política de privacidad para usuarios de la web en <http://www.previs.es:8080/default.asp?pagina=23&lng=1>.

No se comunicarán sus datos a terceros salvo obligación legal o con su consentimiento. Asimismo, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y oposición mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y dirigido a: PREVIS GESTION DE RIESGOS, S.L.U. C/ Gremi Sabaters, nº 68 – 1º, Polígono Son Castelló, 07009 Palma de Mallorca (Illes Balears). Puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en dpd@previs.es.

En , a de de 20 Firma:

RELLENAR AL FINALIZAR EL EXAMEN MÉDICO

Y me han hecho entrega de los **resultados** del examen de salud laboral.

En , a de de 20 Firma:

**PREVIS, Gestión de Riesgos S.L.U. quiere agradecerle la confianza depositada en nosotros.
Esperamos que el servicio que recibe sea de su agrado.**

PREVIS le informa que los resultados de su examen médico de salud laboral estarán disponibles para usted a través de nuestra web. Agradecemos que rellene y firme esta autorización para darle de alta como usuario.

APELLIDOS..... NOMBRE.....

DNI..... TELÉFONO MÓVIL.....

Solicito a Previs mi alta en el área privada de su web www.previs.es a través de la cual podré acceder a los resultados de mis exámenes médicos de salud laboral mediante acceso protegido.

A tal efecto, Previs me facilitará una contraseña de acceso único, confidencial, personal e intransferible, a través del nº de teléfono móvil que proporcione en este acto.

Tan pronto como estén disponibles mis resultados, se me notificará su disponibilidad a través del número de teléfono proporcionado por SMS, y con ello los doy por recibidos. Si deseo una copia de los mismos podré solicitarla personalmente en Previs.

Entiendo y acepto que soy el único responsable de controlar el acceso a mi teléfono móvil y de mantener la confidencialidad de mi contraseña, comprometiéndome a notificar inmediatamente a Previs cualquier vulneración de la seguridad de mi cuenta.

El acceso al área privada de la web de Previs se somete a las condiciones de uso que constan al dorso y su firma supone su aceptación.

INFORMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán tratados para la realización de los exámenes médicos de salud laboral en el marco de la prestación del servicio de vigilancia de la salud. La base jurídica la constituye el cumplimiento de obligaciones. La información se conservará durante los plazos estipulados en la normativa vigente. Más información sobre nuestra política de privacidad para reconocimientos médicos en <http://www.previs.es:8080/default.asp?pagina=121>.

Además, para descargar el resultado del reconocimiento desde nuestra web, sus datos identificativos y los generados en el acceso a Previs On Line, serán tratados para la gestión de la relación con los usuarios registrados, la administración y la gestión de la seguridad de la web y el cumplimiento de nuestras obligaciones legales. La base jurídica para este tratamiento es la gestión de la relación jurídica con nuestros usuarios, el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, así como nuestro interés legítimo en gestionar la seguridad de nuestros sistemas. Sus datos serán tratados durante la vigencia de la relación que mantiene con nosotros y en todo caso durante los plazos previstos en las disposiciones legales aplicables y el tiempo necesario para atender a posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Más información sobre nuestra política de privacidad para usuarios de la web en <http://www.previs.es:8080/default.asp?pagina=23&lng=1>.

No se comunicarán sus datos a terceros salvo obligación legal o con su consentimiento. Asimismo, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y oposición mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y dirigido a: PREVIS GESTION DE RIESGOS, S.L.U. C/ Gremi Sabaters, nº 68, 1º, Polígono Son Castelló, 07009 Palma de Mallorca (Illes Balears). Puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en dpd@previs.es.

En, a de de 20.....

Fdo: Trabajador/a

CONDICIONES DE USO – USUARIOS DEL ÁREA PARA TRABAJADORES DE LA WEB DE PREVIS

El acceso al área para trabajadores le atribuye la condición de USUARIO e implica la aceptación plena y sin reserva, desde dicho acceso de las presentes condiciones junto con la nota legal y la política de privacidad de la web.

A través de esta área de acceso restringido, los trabajadores de empresas clientas de Previs podrán acceder a los resultados de sus exámenes médicos de salud laboral.

1. Acceso al área para trabajadores. Los Usuarios se comprometen a utilizar esta área de forma lícita, de acuerdo con lo dispuesto en las presentes condiciones y de forma que no produzcan un perjuicio en los derechos o intereses de PREVIS o de terceros. A título enunciativo y en ningún caso limitativo o excluyente, el Usuario se compromete igualmente a:

- No incurrir en actividades ilegales o contrarias al orden público o a la buena fe;
- No intentar acceder, modificar, manipular y, en su caso, utilizar las cuentas de otros Usuarios;
- No realizar acciones que supongan o conlleven una violación de los derechos de propiedad intelectual PREVIS o de terceros;
- No provocar daños en los sistemas físicos y lógicos de PREVIS, de sus proveedores o de terceras personas;
- No introducir o difundir en la red virus informáticos o utilizar cualesquiera otros sistemas físicos o lógicos que sean susceptibles de provocar los daños anteriormente mencionados.
- No suprimir, alterar, eludir o manipular cualquier dispositivo de protección o sistema de seguridad que estuviera instalado en las páginas de esta Web.

2. Contraseñas y seguridad.

- Las contraseñas para acceder a las cuentas de Usuarios registrados son personales, confidenciales e intransferibles.
- Es su responsabilidad mantener la confidencialidad de la clave asociada a su usuario, que solo debe ser conocida por usted. Si tiene constancia de que su clave ya no es confidencial debe notificarlo de forma inmediata a PREVIS para evitar que pueda ser utilizada por otra persona en su nombre.
- Usted es responsable de las operaciones realizadas en el sistema que se lleven a cabo utilizando su usuario y clave.
- Deberá seguir las instrucciones que sobre medidas de seguridad del sistema PREVIS le comunique.

3. Denegación de acceso y cancelación de las cuentas. PREVIS se reserva el derecho de denegar el acceso a esta área, así como a suspender o cancelar las cuentas a aquellos Usuarios que incumplan las presentes condiciones; en caso de problemas técnicos o de seguridad imprevistos; de inactividad de la cuenta durante un tiempo significativo; o en cumplimiento de un requerimiento y/o de una orden policial, judicial o administrativa. Dicha cancelación o suspensión se realizará a exclusiva discreción de PREVIS y no dará lugar a ningún tipo de indemnización.

4. Aceptación. El acceso a esta área privada de la web y su utilización implican necesariamente que todas y cada una de las presentes condiciones de uso son expresamente aceptadas por usted.