



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

**NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO O PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL**

**DOCUMENTO**

CODDOC: DOC30-01

CODPRO: PRO-30

REVISIÓN: 1

FECHA: 13/02/2019.

Páginas: 1

La trabajadora-----, con categoría profesional -----, y puesto de trabajo -----, con DNI ----- que actualmente trabaja en el centro sanitario ----- municipio de -----en turno de -----, con -----años y domicilio en -----nº --- en la ciudad de ----- teléfono-----y correo electrónico-----

Asunto: **Notificación a UPRL de Embarazo o Período de Lactancia de la Trabajadora arriba mencionada al SAS con indicación de la aceptación o no de su seguimiento sanitario por el área de Vigilancia de la Salud.**

**Que se considera como trabajadora especialmente sensible a determinados riesgos, debido a (señalar lo que proceda):**

- SITUACION EMBARAZO: (INDICAR SEMANAS DE GESTACION) -----
- LACTANCIA (INDICAR FECHA PROBABLE DE PARTO) -----

**Estimando que tiene una susceptibilidad, frente a los siguientes riesgos:**

-----  
-----

Mediante este escrito comunico que me encuentro en situación de \_\_\_\_\_ (1), y para ello aporto **EN SOBRE CERRADO**, para su entrega al área de Vigilancia de la Salud, documentación o análisis que justifican este hecho.

Además **SI/NO** (tachar lo que no proceda) **doy mi consentimiento al seguimiento de mi estado de salud durante la vigencia de esta situación** (gestación o bien hasta 9 meses postparto) **que podrá incluir estudios sobre factores de riesgo individual y laboral que puedan afectar a mí o a mi hijo, así como la realización de estudios analíticos o informes médicos especializados necesarios que se establezcan por la Unidad de Vigilancia de la Salud para valorar la situación alegada.**

**(1) Embarazo** (indique semana de gestación)/ **Período de lactancia**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

