


1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

NIF o NIE:

Sexo: Hombre Mujer

Nº Afiliación a la Seguridad Social:

HCL Nº:

Domicilio:

Provincia:

Municipio

Teléfono:

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

Centro al que pertenece:

Servicio/UGC:

Dirección trabajo:

Categoría profesional:

Cargo intermedio:

Fecha ingreso en SAS:

Tipo de contrato:

Turno de trabajo:

Principales tareas desempeñadas (relacionables con el daño laboral):

3. DATOS DEL DAÑO LABORAL

Nombre y código de la E.P. _____

CIE-9: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Fecha de baja laboral: _____ Fecha de alta laboral: _____

Último examen Salud y Conclusiones: _____

1. Clínicos (signos o síntomas de la enfermedad) _____

2. Laboratorio / Diagnost. imagen/ Otros (pruebas que confirman el diagnóstico de la EP)

Criterios: _____

3. Epidemiológico (vinculación epidemiológica si procede) _____

Documentos adjuntos: _____

Observaciones:


4. DATOS DE COMUNICACIÓN

(en Red Alerta Datos Comunes)

Facultativo comunicante de la EP: _____ CNP: _____

(Referente clínico)

 En condición de: Médico Familia Médico Especialista Médico de VS

Médico familia que interviene (en caso de no ser comunicante): _____

Comunicación a VS y fecha de firma DOC29-01 _____

Facultativo que registra en Red Alerta _____

Red Alerta: Fecha de registro _____ N° identificador _____

Fecha firma DOC29-01 _____

Fecha y firma DOC 29-03 _____

5. PROPUESTA MÉDICA DE CONTINGENCIA DE LA ENFERMEDAD

 De acuerdo con la información obtenida en los apartados anteriores se considera que la enfermedad diagnosticada es calificada como: En observación (Por enfermedad Profesional)

 Accidente de Trabajo Enfermedad común

Observaciones:

6. PROPUESTA DE ACTUACIONES PREVENTIVAS / MEDIDAS CORRECTORAS

Fecha: _____

 Médico de Vigilancia de la Salud