



AGENCIA SAS

ANEXO V

P-VS 02

Rev. 1.0

PARTE DE COMUNICACIÓN DE EMBARAZO Y PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL

1 DATOS DE LA EMPLEADA

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

EDAD:

PUESTO DE TRABAJO:

UNIDAD / SERVICIO:

TELÉFONO TRABAJO:

TELÉFONO PARTICULAR:

RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO (MUFACE)

2 DATOS DE LA COMUNICACIÓN

MOTIVO DE LA COMUNICACIÓN:

EMBARAZO (indique semana):

PARTO RECIENTE (indique fecha):

LACTANCIA NATURAL (INDICAR FECHA PROBABLE DE PARTO)

ESTIMANDO QUE TIENE UNA SUSCEPTIBILIDAD, FRENTE A LOS SIGUIENTES RIESGOS:.....

BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS REALIZADAS HABITUALMENTE:.....

SEÑALAR CON UNA X LA QUE PROCEDA::

1. ¿UTILIZA PRODUCTOS QUÍMICOS? **NO** **SI** Indique cuáles:.....
2. ¿ESTÁ EN CONTACTO CON PRODUCTOS BIOLÓGICOS? **NO** **SI** Indique cuáles:.....
3. ¿ESTÁ EXPUESTA A RADIACIONES IONIZANTES? **NO** **SI**
4. ¿REALIZA TRABAJO A TURNOS NOCTURNO Y/O TURNOS? **NO** **SI** **Turno Nocturno**
5. ¿REALIZA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS (PESO, TRASLADO PERSONAS ENFERMAS...)? **NO** **SI**
6. ¿PASA MUCHO TIEMPO DE FORMA CONTINUADA SENTADA Y/O DE PIE? **NO** **SI**
7. ¿CONDUCE DURANTE LA JORNADA LABORAL? **NO** **SI**
8. ¿TRABAJA DE CARA AL PÚBLICO? **NO** **SI**
9. ¿ESTÁ EXPUESTA A OTROS RIESGOS? **NO** **SI** Indique cuáles:
10. ¿APLICA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE APARECEN EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS? **NO** **SI**

4 LUGAR, FECHA DE ENTREGA Y FIRMA

En a de de

LA EMPLEADA

Fdo.: