

CONSENTIMENT INFORMAT PER L'EXAMEN DE SALUT

Data Examen de Salut

Empresa:

Centre de treball:

Ocupació:

Província:

Dades personals del treballador:

Nom y Cognoms:

Data de naixement:

Domicili:

Localitat:

Telèfon:

Correu electrònic:

D.N.I. :

Sexe:

C.P.:

Província

Desitja que li enviem el seu informe a través de l'Expedient Virtual: NO SI

Grup Preving el informa:

En el seu benefici, i per portar a terme l'examen de salut que inclou una valoració mèdica i proves complementàries, preguem que llegeixi atentament la normativa legal que l'afecta:

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES	
Responsable	EXCELENCIA Y GARANTÍA PARA LA SALUD EN EL TRABAJO, S.L.U.
Finalitat	Realització de reconeixements mèdics
Legitimació	Consentiment donat per a la realització del reconeixement mèdic
Destinatari	Tret obligació legal, exclusivament es facilitarà informació de la seva aptitud psicofísica per el treball a la seva empresa, en el cas de reconeixement mèdic d'empresa. No es transferiran dades fora de la UE.
Dret	Accedir, rectificar i suprimir les dades així com altres drets, com s'explica a la informació addicional
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de dades a través d' Internet a https://www.preving.com/aviso-legal/#egarsat

A partir de la signatura d'aquest consentiment, **DECLARO** haver estat informat del procediment i **AUTORITZO** expressament a la realització:

- Extracció de sang i recollida de mostra d'orina pel seu enviament al laboratori concertat i processament de les mateixes. Li recordem que l'extracció pot provocar sensació de mareig, sagnat i risc d'hematoma.
- Exploració mèdica, proves complementàries i/o qüestionaris i al tractament informàtic de les meves dades de caràcter personal, per a la finalitat especificada.
- Emissió d' informe d'aptitud a l'empresa respectant sempre el dret a la intimitat i a la dignitat del treballador i la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu estat de salut, segons l'art. 22 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals, Llei 31/1995, relatiu a la Vigilància de la Salut.

Signatura del treballador:

Signatura de l'acompanyant: (si s'escau)

Nom, cognoms i DNI

Per a la realització de l'examen de salut, no es permet la presència de cap acompanyant durant aquest, tret de situacions especials a valorar pel personal sanitari. En aquest cas haurà de signar en qualitat de testimoni prèvia identificació presentant el DNI.

QÜESTIONARI DE SALUT

SITUACIÓ LABORAL: Actiu Baixa laboral Minusvàlua reconeguda (%)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Fuma? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Núm. Cigarretes diàries..... | | |
| 2. ¿Pren begudes amb alcohol? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| ¿Beu licors, més d'un litre de cervesa o vi al dia? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Pren drogues? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Pren algun medicament? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| <i>En cas afirmatiu, especificar quins i la dosis:.....</i> | | |
| 5. Practica alguna activitat esportiva o lúdica? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| <i>En cas afirmatiu, especificar quines</i> | | |
| 6. És al·lèrgic a algun medicament o a algun producte? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| <i>En cas afirmatiu, especificar quins:.....</i> | | |
| 7. ¿Pateix o ha patit alguna malaltia de: | | |
| COR: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| TENSÍO ALTA: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| DIABETIS: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PULMÓ-PLEURA: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| ESTÓMAC: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| RONYÓ: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| FETGE: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PELL-MUCOSES: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| OSSOS-ARTICULACIONS: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| FORÇA MUSCULAR - SENSIBILITAT: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| VERTIGENS-MAREJOS-MAL.MÉNIÈRE: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| EPILÈPSIA-CONVULSIONS: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PÈRDUA DE CONEIXEMENT-DESMAIS: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| CÀNCER: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| HIPERCOLESTEROLÈMIA: | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha patit alguna intervenció quirúrgica? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha patit algun accident laboral? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Té reconeguda alguna malaltia professional? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 11. Actualment, ¿es troba bé? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 12. En els últims 12 mesos, ¿ha estat de baixa durant 2 mesos o més? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Indiqui qualsevol dada de salut que consideri d'interès

.....

.....

.....

.....

DECLARO que les dades subministrades i recollides en aquest document són certes i han estat facilitades voluntàriament per mi amb la finalitat de proporcionar la informació necessària per la prestació del servei sanitari necessari.

Signatura del treballador

Signatura del representant legal del treballador (si s'escau)