

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DE SALUD

**Fecha Examen de Salud:**

**Empresa:**

**Centro de trabajo:**

**Puesto de trabajo:**

**Provincia:**

**Datos personales del trabajador:**

Nombre y Apellidos:

D.N.I. :

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia

Teléfono:

Correo electrónico:

Desea que le enviemos su informe a través del expediente virtual:

NO

SI

Grupo Preving le informa:

En su beneficio, y para llevar a cabo el examen de salud que incluye una valoración médica y pruebas complementarias, le rogamos que lea atentamente la normativa legal que le afecta:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	EXCELENCIA Y GARANTÍA PARA LA SALUD EN EL TRABAJO, S.L.U.
<b>Finalidad</b>	Realización de reconocimientos médicos
<b>Legitimación</b>	Consentimiento prestado para la realización del reconocimiento médico
<b>Destinatarios</b>	Salvo obligación legal, exclusivamente se facilitará información de su aptitud psicofísica para el trabajo a su empresa, en caso de reconocimiento médico de empresa. No se transferirán datos fuera de la UE.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos así como otros derechos, como se explica en la información adicional
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos a través de Internet en <a href="https://www.preving.com/aviso-legal/#egarsat">https://www.preving.com/aviso-legal/#egarsat</a>

A partir de la firma del presente consentimiento, **DECLARO** haber sido informado del procedimiento y **AUTORIZO** expresamente a la realización:

- Extracción de sangre y recogida de muestra de orina para su envío al laboratorio concertado y procesamiento de las mismas. Le recordamos que la extracción puede provocar sensación de mareo, sangrado y riesgo de hematoma.
- Exploración médica, pruebas complementarias y/o cuestionarios y al tratamiento informático de mis datos de carácter personal, para la finalidad especificada.
- Emisión de informe de aptitud a la empresa respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud, según el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, relativo a la Vigilancia de la Salud.

**Firma del trabajador:**

**Firma del acompañante:** *(si procede)*

*Nombre, apellidos y DNI*

Para la realización del examen de salud, no se permite la presencia de ningún acompañante durante el mismo, salvo situaciones especiales a valorar por el personal sanitario en cuyo caso deberá firmar en calidad de testigo previa identificación con la presentación del DNI.

## CUESTIONARIO DE SALUD

SITUACIÓN LABORAL: Activo  Baja laboral  Minusvalía reconocida (%)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Fuma?  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Nº. Cigarrillos diarios.....   | .....                       |                             |
| 2. ¿Consume bebidas con alcohol?                                       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe licores, más de un litro de cerveza o vino al día?               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Consume drogas?  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Toma algún medicamento?  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, especificar cuáles y dosis:.....                   | .....                       |                             |
| 5. Practica alguna actividad deportiva o lúdica?                       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, especificar cuáles .....                           | .....                       |                             |
| 6. Es alérgico a algún medicamento o a algún producto?                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, especificar cuáles:.....                           | .....                       |                             |
| 7. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de:                         |                             |                             |
| CORAZÓN:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| TENSIÓN ALTA:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| DIABETES:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PULMÓN-PLEURA:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| ESTÓMAGO:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| RIÑÓN:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| HÍGADO:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PIEL-MUCOSAS:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| HUESOS-ARTICULACIONES:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| FUERZA MUSCULAR- SENSIBILIDAD:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| VÉRTIGOS-MAREOS-ENF. MENIERE:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| EPILEPSIA-CONVULSIONES:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO-DESMAYOS:                                      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| CÁNCER:  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| HIPERCOLESTEROLEMIA:   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?                          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha sufrido algún accidente laboral?                                | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene reconocida alguna enfermedad profesional?                   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 11. Actualmente, ¿se encuentra bien?                                   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| 12. En los últimos 12 meses, ¿ha estado de baja durante 2 meses o más? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Indique cualquier dato de salud que considere de interés

.....

.....

.....

.....

**DECLARO** que los datos suministrados y recogidos en el presente documento son verdaderos y ha sido facilitados voluntariamente por mi con la finalidad de proporcionar la información necesaria para la prestación del servicio sanitario requerido.

Firma del trabajador

Firma del representante legal del trabajador (si procede)