

## CUESTIONARIO DE SALUD

A continuación aparecen una serie de preguntas orientadas para que el personal sanitario pueda reconocer cuales son los problemas de salud laboral y general mas importantes que tiene actualmente o ha tenido en el pasado. Por favor lea con atención cada una de las preguntas y conteste con sinceridad. Piense que nuestro trabajo consiste en ayudarle a mantener o mejorar su salud. Debe saber también que toda la información recogida tanto en este cuestionario como en todo el proceso del reconocimiento es **confidencial** y será únicamente conocida por el personal del Servicio Médico de Servypro. En cualquier caso debe saber que según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente le asiste el derecho al acceso y rectificación de la información obtenida.

Nombre y Apellidos: .....

D.N.I.....

### Padece o ha padecido alguno de los siguientes problemas de salud ?

	Si	No
Alergias a medicamentos: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a algún producto domestico: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a algún producto relacionado con el trabajo: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo poner el nombre de los productos: .....		
.....		
Accidentes en el trabajo: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes fuera del trabajo: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de espalda: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sueño: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos, sensaciones de girar todo a su alrededor: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdidas de conocimiento: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones o epilepsia: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de tipo nervioso (depresiones, ansiedad....): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de vista: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oído: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera de estomago o duodeno: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernias: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades digestivas: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarros frecuentes (mas de tres al año): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonías: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleuritis o tuberculosis: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades respiratorias: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión Alta (Hipertensión): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores fuertes en el pecho: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
Enfermedades de corazón: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de riñones o vejiga de la orina: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocio o problemas de tiroides: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo especificar: .....

Conoce los riesgos de su actual puesto de trabajo: .....  Si  No

En caso afirmativo especificar cuales:.....

.....

.....

Utiliza equipos de protección individual .....  Si  No

Si no los utiliza decir porque: .....

.....

.....

Esta tomando algún tratamiento en la actualidad: .....  Si  No

Ha sido hospitalizado en alguna ocasión: .....  Si  No

Ha sido intervenido quirúrgicamente o le han aconsejado que se opere: .....  Si  No

Es donante de sangre: .....  Si  No

Practica algún deporte: .....  Si  No

En caso afirmativo especificar cual o cuales:.....

.....

Consumo o ha consumido algún tipo de drogas: .....  Si  No

En caso afirmativo en la pregunta anterior especificar cuales: .....

.....

Si hay algún otro aspecto relacionado con la salud en su trabajo que le parezca importante explíquelo a continuación:

.....

.....

.....

Se siente Apto y sano para su trabajo habitual: .....  Si  No

*Certifico que la presente declaración es verídica según mi leal saber y entender:*

Fecha:.....

Firma:.....