

Nombre:		Fecha:
Empresa:		Puesto de Trabajo:

HISTORIA LABORAL

Descripción del puesto de trabajo:

¿Realiza Pausas en el trabajo No Sí N° pausas diarias: Duración de cada pausa:

Turno de trabajo

¿Realiza alguna de las siguientes tareas?

<input type="checkbox"/> Movimientos de alcance repetidos por encima del hombro.	<input type="checkbox"/> Flexiones forzadas del cuello.
<input type="checkbox"/> Rotación forzada de columna	<input type="checkbox"/> Movimientos de flexión o extensión forzadas de la muñeca.
<input type="checkbox"/> Desviaciones laterales forzadas de la muñeca.	<input type="checkbox"/> Rotación / Flexión extrema del brazo.
<input type="checkbox"/> Flexión mantenida de los dedos	<input type="checkbox"/> Otros.

Usted la carga la: Levanta Coloca Empuja Tracciona Desplaza

¿Es repetitivo? No Sí; ¿Con qué frecuencia?

Horas / día:

Peso de la carga < 10 Kg 10-20 kg 20-30 kg > 30 kg

Volumen difícil de manejar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equilibrio inestable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Manipulación a distancia del tronco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Posibilidad de desplazamiento del contenido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Torsión-Flexión del tronco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mantiene Posturas Forzadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alza la carga por encima de los hombros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La manipula por debajo de las rodillas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Posee Formación en Manipulación de Cargas? Sí No

Uso de Faja Lumbar Siempre A veces Nunca

Medios Auxiliares en la manipulación manual de cargas Siempre A Veces Nunca

¿Posee las siguientes características el medio de trabajo donde usted manipula la carga?

Espacio libre insuficiente para la actividad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suelo irregular o resbaladizo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Altura excesiva para manipulación manual de cargas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suelo o punto de trabajo inestables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desniveles en suelo o plano de trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vibraciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Temperatura, humedad, circulación de aire e iluminación inadecuadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

• Procedimientos y materiales adecuados para el tratamiento de materiales y equipos desechables:

- Limpieza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
- Desinfección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
- Esterilización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA CLÍNICA Marque con una X lo que se le corresponda

Medicación que toma:

¿Ha tenido en los últimos 12 meses inflamación, alteraciones de la movilidad, contracturas...? (Marque con una X)

	C. Cervical	C. Lumbar	C. Dorsal	Hombros	Codos	Muñecas	Manos	Caderas	Rodillas	Tobillos	Pies
Izqdo.											
Dcho.											
Ambos											

CUADRO DE VACUNACIÓN

T-Difteria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:	Tétanos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación: ...
Gripe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:	V. Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:
VHB	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:	Varicela-Zoster	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:
Rubeola, Sarampión y Parotiditis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:	Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Vacunación:
Quimioprofilaxia previa VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Realización:			
Mantoux	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año Realización:	En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	

HISTORIA ACTUAL

¿Tiene actualmente algunos de los síntomas anteriores? No Sí ¿Cuál?:

¿Desde cuando? ¿A qué lo atribuye?

¿Ha estado incapacitado para su trabajo por algo de lo anterior? No Sí ¿Cuál?:

Lugar y fecha

Firma del trabajador