

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº Tubo: Fecha extracción: __/__/__ Fecha revisión: __/__/__

Nombre			
1er Apellido			
2 Apellido			
DNI y letra			
Dirección			
Población			
C.P.			
Teléfono			
Fecha de Nacimiento	__/__/__		
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		
Profesión habitual		Desde	__/__/__
Categoría Profesional			
¿Ejerce otras profesiones?		¿Cuál?	
Estudios	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios <input type="checkbox"/> Est. Secundarios <input type="checkbox"/> Est. Universitarios		

Datos envío informes médicos (debe rellenar una de las dos opciones)

Autorizo a cima20 que me envíe los informe médicos resultantes de esta revisión por **correo ordinario a la dirección de la empresa.**

Autorizo a cima20 que me envíe los informe médicos resultantes de esta revisión por **correo ordinario a la dirección que doy en este formulario.**

Cima20 informa que los resultados de las revisiones médicas realizadas en la unidad móvil podrán ser entregadas en mano a cada trabajador o a la empresa en sobre cerrado.

Datos Contrato

Nombre Empresa			
Fecha de alta en la empresa	__/__/__		
Tipo de contrato	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prácticas	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Por obra o servicio	

El trabajador arriba citado da consentimiento para que se le realice el examen de Vigilancia de Salud Laboral por parte del personal sanitario de Cima20 que consiste en una exploración clínica, unas pruebas complementarias y una analítica. La finalidad de este examen de salud es definir su aptitud para el puesto de trabajo de acuerdo con en el Artículo 22 de la **LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (31/1995)**.

Los resultados médicos del trabajador son confidenciales y la empresa recibe únicamente el certificado de aptitud para ese puesto de trabajo.

Firma y Fecha

En cumplimiento a la ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en un fichero del que es titular: Cima20, Servei de Prevenció de Riscs Laborals, S.L. debidamente inscrito en la Agencia de Protección de Datos sobre el que ud. puede ejercitar en todo momento los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos, mediante la oportuna comunicación al titular del fichero: cima20, Servei de Prevenció de Riscs Laborals, C/Pau Piferrer nº 8, 07011-Palma de Mallorca.

SIGUE...

Servei de Prevenció de Riscs Laborals
 Àrea Mèdica
 C/ Pau Piferrer, 8 baixos 07011 Palma de Mallorca
 Tel 971 714584 Fax 971 912012
 www.cima.com correu_e: a.medica@cima20.com



INFORMACION ADICIONAL

¿Utilizan Productos Químicos y/o sustancias peligrosas?

- Lejía, amoniaco... Pinturas, disolventes, pegamentos, colas... Polvo de sílice
- Fitosanitarios Gases tóxicos Anestésicos Cloro Cancerígenos Amianto
- Benzeno y derivados Herbicidas, insecticidas Otros.....

Riesgo Biológico:

- Uso de agujas, manipulación de fluidos corporales (sangre, orina, heces..)

Maquinaria utilizada:

- Pequeña** (manual - ejem. Taladro, radial) - **Horas de uso** (aproximado).....
- Mediana** (fija - ejem. carpintería metálica o madera) - **Horas de uso** (aproximado).....
- Grande** (móvil - ejem. Excavadora, mini, retro, gruas, carretilla elevadora...) - **Horas de uso** (aprox.).....
- Puente Grúa** - **Horas de uso** (aproximado).....
- Cabinas de pintura/lacado** - **Horas de uso** (aproximado).....

- Trabajos en espacios confinados** (espacio reducido y de difícil acceso, ejem. Pozos, depósitos, alcantarillas...)
- Trabajan a más de 1,80 m de altura**
- Sistemas acústicos en el trabajo** (alarmas, detectores)
- Trabajos en atmósferas explosivas**
- Exposición Rayos X**
- Trabajador sensible** (Minusválido, embarazada, menor de 18 años, mayor de 65 años, e.t.t.)

Manipulación manual de cargas:

- Menos de 10 Kg.**
- Entre 10 y 25 Kg.**
- Más de 25 Kg.**

Firma Trabajador _____