EL SUSCRITO MEDICO

CERTIFICA

Lugar y Fecha: LA UNION (V) 08/02/2024
Que el Señor [illegible] Expedida en: [illegible]
C.C.No 71,768 233
Lugar de Nacimiento [illegible]

MEDICINA GENERAL:

Sistema Oseo Muscular NORMAL
Movimientos Articulares NORMAL
Tonicidad Muscular: BIEN

SISTEMA NERVIOSO:

Siquismo SIN ALTERACION
Sensibilidad BIEN
Equilibrio: BIEN
Coordinación y Reflejos NORMAL

SISTEMA AUDITIVO:

Agudez Auditiva OIDO - D/BIEN / OI BIEN
Daltonismo NO
Ceguera Nocturna NO
Movimientos Oculares NORMAL
Debe usar Anteojos permanentes Si___ No X
Piel BUEN
Pulso 80X
Presion Arterial 120/80 [illegible]

OBSERVACIONES [illegible]

Dictamen del Médico APTO___ INHABIL___

[illegible]
MEDICO CIRUJANO
REG. 13532 GS

PG # 13132

Nombre del Médico que practica el Examen

Powered by CamScanner

PREVIS

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE MUTUA BALEAR PREVIS, S.L.

CC- 71.768.233

EXAMEN MÉDICO DE SALUD LABORAL

Para dar cumplimiento al articulo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre, el trabajador, cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la Vigilancia de la Salud de su empresa.

El contenido de los exámenes médicos y demás declaraciones relativas a su salud tendrán carácter de confidencial, estando sujetos quienes los consulten al deber del secreto profesional.

Se le informa que el examen médico de salud laboral incluye una anamnesis (cuestionario y/o interrogatorio médico), exploración clínica, control biológico (análisis) y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo, así como una descripción detallada de su historia laboral. Para ello le agradecemos que rellene este cuestionario escribiendo en mayúsculas y señalando con una X donde proceda.

DATOS DE FILIACION			
APELLIDOS Lagunas Solis		NOMBRE Holman	
NACIONALIDAD	DNI	Nº S.S.	SEXO M
FECHA DE NACIMIENTO 7-Feb	ESTADO CIVIL S.L.		Nº DE HIJOS 02
DOMICILIO MAR-A CASA 8 1 6		Amapola	
LOCALIDAD L. Unión (V)	CP	TELÉFONO 317.332.8159	

DATOS LABORALES	
EMPRESA	FECHA DE ALTA / /
CENTRO DE TRABAJO	
PUESTO DE TRABAJO	FECHA DE ALTA / /
DESCRIPCIÓN TAREAS	
RIESGOS LABORALES	
MEDIDAS DE PROTECCIÓN	
TAREAS EXTRALABORALES CON LOS MISMOS RIESGOS	
TRABAJOS ANTERIORES (puestos de trabajo/riesgos/tiempo)	

NOTA IMPORTANTE: PARA LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ESTAR FIRMADAS TODAS LAS PÁGINAS

Firma del Solicitante:

O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales que se recojan mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán incorporados a un fichero de Sociedad de Prevención de Mutua Balear PREVIS, S.L.U., para la realización de los exámenes de salud laboral para la valoración de su aptitud laboral en el marco de la prestación del servicio de Vigilancia de la salud. Las respuestas a las preguntas que le son formuladas son obligatorias para la correcta valoración de su aptitud laboral. Por la presente y para los fines antes señalados, Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud, incluidos aquellos que, en su caso, ya figuren incorporados al HISTOFIL médico laboral de que dispone PREVIS. Se le informa de que en aplicación del Art. 22.4 de la Ley 31/1995, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados. En caso de proporcionar datos de terceros, Usted manifiesta haber informado y recabado el consentimiento de los interesados respecto a los extremos indicados en el presente aviso. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y dirigido a C/ Gral de Sabaters, n.º 68, 1º, 07009 Palma de Mallorca.

Powered by CamScanner

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Padece o ha padecido:

ENFERMEDAD CONGÉNITA / HEREDITARIA	☑ NO ☐ SI	
DEFORMIDAD CONGÉNITA	☑ NO ☐ SI	
ENFERMEDADES INFANTILES IMPORTANTES	☑ NO ☐ SI	Meningitis ○ Epilepsia ○ Otros
ALERGIAS	☑ NO ☐ SI	Cuales?
ENFERMEDADES DE LOS OJOS ¿Usa usted lentes?	☑ NO ☐ SI	Miopía ○ Cataratas ○ Hipermetropía ○ Plesbicia ○ Astigmatismo ○ Cirugía por...
ENFERMEDADES DE LOS OIDOS ¿Oye usted bien?	☑ NO ☐ SI	¿Usa audífono? SI ○ NO ○
ENFERMEDADES DENTALES	☑ NO ☐ SI	Caries ○ Gingivitis ○ Otros
ENFERMEDADES DEL TIROIDES	☑ NO ☐ SI	Hipotiroidismo ○ Hipertiroidismo ○ Otros
ENFERMEDAD DE LOS PULMONES	☑ NO ☐ SI	Tuberculosis ○ Asma ○ Neumonía ○ Neumotórax ○ Bronquitis ○ Otros
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	☑ NO ☐ SI	Arritmia ○ Soplo ○ Valvulopatía ○ Otros Coronoriopatía (Infarto) ○
ALTERACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	☑ NO ☐ SI	TA baja, hipotensión ○ TA alta, hipertensión ○
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	☑ NO ☐ SI	Gastritis ○ Estreñimiento ○ Úlcera ○ Sangre en heces ○ Diarreas ○ Otros
ENFERMEDADES DEL HÍGADO	☑ NO ☐ SI	Hepatitis ○ Otros
DIABETES / AZUCAR	☑ NO ☐ SI	Controla con dieta ○ Bajadas de azúcar ○ Antidiabéticos orales ○ Otros Insulina ○
ALTERACIONES METABÓLICAS	☑ NO ☐ SI	Elevación del colesterol ○ Triglicéridos ○ Ácido Úrico ○

D. 15/1999 (LOPD): Los datos personales que se recojan mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán incorporados y en ficheros de Sociedad de Prevención de Fuerza Solear PREVIS, S.L.U., para la realización de las actividades de salud laboral para la valoración de su aptitud laboral en el marco de la prestación del servicio de Vigilancia de la salud. Las respuestas a las preguntas que le son formuladas, son obligatorias para la correcta valoración de su aptitud laboral. Por la presente y para los fines antes señalados: Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud, incluidos aquellos que, en su caso, se figuren incorporados al historial médico laboral de que dispone PREVIS. Se le informa de que en aplicación del Art. 22.4 de la Ley 31/1995, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados. En caso de proporcionar datos de terceros, Usted manifiesta haber informado y recabado el consentimiento de los interesados respecto a los extremos indicados en el presente aviso. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y dirigido a C/ Corral de Labaturi, Nº 58, 1º, 07800 Palma de Mallorca.

NOTA IMPORTANTE: PARA LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ESTAR FIRMADAS TODAS LAS PÁGINAS

Firma del Solicitante: _____

www.previs.es | Tel. 971 715 207

Powered by CamScanner

ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS	☑ NO ☐ SI	Infecciones de orina ○ Problemas próstata ○ Cólico renal ○ Otros Orinar sangre ○
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	☑ NO ☐ SI	Cefaleas ○ Coma ○ Temblores, convulsiones ○ Vértigo ○ Epilepsia ○ Parálisis ○ Pérdida del conocimiento ○ Otros
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	☑ NO ☐ SI	Ansiedad ○ Psicosis ○ Depresión ○ Otros Fobias ○
PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES	☑ NO ☐ SI	Artritis ○ Lumbago ○ Artrosis ○ Luxación ○ Enfermedades reumáticas ○ Tendinitis ○ Fracturas óseas ○ Amputación ○ Síndrome túnel carpiano ○ Otros
ENFERMEDADES DE LA PIEL	☑ NO ☐ SI	Cuales?
ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES	☑ NO ☐ SI	Meningitis ○ Paludismo ○ Hepatitis A ○ Tuberculosis ○ Hepatitis B ○ VIH - SIDA ○ Hepatitis C ○ Otros
INGRESO HOSPITALARIO	☑ NO ☐ SI	Debido a...
OPERACIONES DE CIRUGÍA	☑ NO ☐ SI	Amígdalas ○ Apendicitis ○ Otros
ACCIDENTES GRAVES	☑ NO ☐ SI	Cuál?
SECUELAS	☑ NO ☐ SI	Cuáles?
¿PADECE ENFERMEDAD CRÓNICA?	☑ NO ☐ SI	Diabetes ○ Hipertensión ○ Otros
¿TIENE VARICES?	☑ NO ☐ SI	Dilataciones capilares ○ Varices ○

L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales que se recojan mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán incorporados a un fichero de Sociedad de Prevención de titular: Balear PREVIS, S.L.U., para la realización de los exámenes de salud laboral para la valoración de su aptitud laboral en el marco de la prestación del servicio de Vigilancia de la salud. Las respuestas a las preguntas que le son formuladas son obligatorias para la correcta valoración de su aptitud laboral. Por la presente y para los fines antes señalados, Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud, incluidos aquellos que, en su caso, ya figuren incorporados al historial médico laboral de que dispone PREVIS. Si la información de que en aplicación del Art. 22.4 de la Ley 31/1995, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados. En caso de proporcionar datos de terceros, Usted manifiesta haber informado y recabado el consentimiento de los interesados respecto a los extremos indicados en el presente aviso. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. dirigido a C/ Erasmo de Sobatera, n.º 66, 2º, 07009 Palma de Mallorca.

NOTA IMPORTANTE: PARA LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ESTAR FIRMADAS TODAS LAS PÁGINAS

Firma del Solicitante: _____ 3/5

71.768.235

APELLIDOS [redacted] NOMBRE [redacted] DNI

- Declara haber contestado sinceramente a las preguntas efectuadas y no ocultar ninguna enfermedad o defecto psíquico -, físico que hubiera padecido o padeciese en la actualidad

RELLENAR AL FINALIZAR EL EXAMEN MÉDICO

He recibido información sobre mi salud atendiendo a los riesgos de mi puesto de trabajo facilitada por el personal sanitario del Servicio de Prevención que me ha atendido durante el examen médico de salud laboral, así como acerca del contenido de los resultados, que en el momento actual están disponibles, de las pruebas y exploraciones complementarias realizadas con motivo de dicho examen de salud; y han respondido y aclarado mis dudas al respecto.

En [illegible] a 26 de FEB de 2024

Firma: [redacted]

Y me han hecho entrega de los resultados del examen de salud laboral

En [illegible] a 26 de FEB de 2024

Firma: [redacted]

La Sociedad de Prevención de Mutua Balear PREVIS, S.L.U quiere agradecerle la confianza depositada en nosotros. Esperamos que el servicio recibido sea de su agrado.

O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales que se recojan mediante el presente cuestionario y el examen médico, serán incorporados a un fichero de Sociedad de Prevención de Mutua Balear PREVIS, S.L.U., para la realización de los exámenes de salud laboral para la valoración de su aptitud laboral en el marco de la prestación del servicio de Vigilancia de la salud. Las respuestas a las preguntas que le son formuladas son obligatorias para la correcta valoración de su aptitud laboral. Por la presente y para los fines antes señalados, Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud, incluidos aquellos que, en su caso, ya figuren incorporados al historial médico laboral de que dispone PREVIS. Se le informa de que en aplicación del Art. 22.4 de la Ley 31/1995, al empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados. En caso de proporcionar datos de terceros, Usted manifiesta haber informado y recabado el consentimiento de los interesados respecto a los extremos indicados en el presente aviso. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y dirigido a C/ Gremi de Sabaters, n.º 6B, 1º, 07009 Palma de Mallorca.

Powered by CamScanner