

## INFORME BÁSICO SOBRE EL ESTADO DE SALUD

**Fecha y lugar:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**Documento de identidad:**

**Plaza por ocupar:**

**Email: (Hasta disponer del corporativo):**

*Por el momento pandémico que nos encontramos de la Covid-19, estos son los datos básicos de salud que nos tienes que aportar para facilitar el proceso de ingreso. Aparte de los datos de inmunidad, rellena el cuestionario de salud que nos debes entregar junto con el documento de protección de datos debidamente firmado.*

### DATOS INMUNIZACIONES (Puedes aportar fotocopia del carné de vacunación)

- **COVID-19 (Puedes aportar certificado)**
  - 1ª dosis
  - 2ª dosis
  - 3ª dosis
- **Tétanos**  
  
(dd/mm/aa):
- **Difteria**  
  
(dd/mm/aa):
- **Tosferina** ((Indispensable para el candidato / a por quien trabajará en área pediátrica y obstétrica)  
(dd/mm/aa):
- **Rubéola, Sarampión, Paperas**
  - **1ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **2ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **Has padecido alguna de ellas?**  
  
 Si  No

**En caso afirmativo especifica:**

- **Polio** (vacunado/a cuatro veces en la niñez)
  - **Última dosis**(dd/mm/aa):

- **Hepatitis A**
  - **1ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **2ª dosis**(dd/mm/aa):
  - **3ª dosis** (dd/mm/aa): (Si combinada con VHB)

¿Combinada con la vacuna de la Hepatitis B?

Si  No

- **Hepatitis B**
  - **1ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **2ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **3ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **AntiHBs** (dd/mm/aa)(Títulos):
  
- **Varicela:**
  - **1ª dosis** (dd/mm/aa):
  - **2ª dosis** (dd/mm/aa):

¿La has padecido?

Si  No

En caso afirmativo especifica:

- **Mantoux (Prueba tuberculina) o Quantiferón: (Especificar)**
  - Resultado:  
(dd/mm/aa):
  - Estudio radiológico:  
(dd/mm/aa):
  - BCG:

**Sólo en el caso de realizar procedimientos de riesgo:** (Esta prueba se podrá realizar tras valoración del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en la visita del examen de salud)

- **VHC**
  - Resultado:  
(dd/mm/aa):
  
- **VIH**
  - Resultado:  
(dd/mm/aa):

**Cuestionario básico de salud:**

**¿Has trabajado anteriormente?**

Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué trabajos?

Ámbito sanitario

.....

.....

.....

**¿Has sufrido algún accidente/s de trabajo?**

Sí  No

**¿Cuáles? (Detalla y explica si han dejado secuela)**

1.

.....  
.....

2.

.....  
.....

3.

.....  
.....

4.

.....  
.....

5.

.....  
.....

**¿HAS TRABAJADO EN ALGUN MOMENTO ATENDIENDO A PACIENTES COVID-19?**

Sí  No

**¿SABES SI HAS PADECIDO LA ENFERMEDAD DE LA COVID-19?**

Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO EL DIAGNOSTICO HA SIDO POR:**

PCR /TAR

- (dd/mm/aa):

Serología IgG

- (dd/mm/aa):

**¿HAS PADECIDO ALGUNA REINFECCIÓN POR SARS-CoV-2?**

Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, INDICA LAS FECHAS**

**OTROS PROBLEMAS DE SALUD:**

NO quiero contestar este apartado hasta el día de la visita en Salud Laboral

Si, contestaré

**1. Alergias conocidas (Especifica)**

**2. Dermatitis (Tipo, y estado actual)**

**3. Enfermedades crónicas (Especifica)**

**4. Intervenciones quirúrgicas / Fracturas**

**5. ¿Alguna discapacidad? (En caso afirmativo, especifica cuáles y si tienes reconocido algún grado de discapacidad)**

**6. Medicación habitual y dosificación**

**7. Algún problema de Salud Mental (En caso afirmativo, especifica)**

**8. ¿Alguna afición, alguna actividad deportiva o social de interés?**

**9. ¿Quieres hacer alguna aportación?**