

## 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 y nos lo entregues junto con el documento de protección de datos debidamente firmado.*

**DATOS INMUNIZACIONES** (Si puedes aporta fotocopia del carné de vacunal)

- **Tétanos**

(Dd / mm / aa):

- **Difteria**

(Dd / mm / aa):

- **Tosferina** (Indispensable por el candidato / a por quien trabajará en área pediátrica y obstetricia)

(Dd / mm / aa):

- **Rubéola, Sarampión, Paperas**

**1era dosis** (dd / mm / aa):

**2ª dosis** (dd / mm / aa):

**Has sufrido alguna de ellas**

Sí  No

**En caso afirmativo especifica:**

- **Polio** (vacunado / a cuatro veces a la niñez)

**Última dosis** (dd / mm / aa):

- **Hepatitis A**

**1era dosis** (dd / mm / aa):

**2ª dosis** (dd / mm / aa):

**3ª dosis** (dd / mm / aa):

**¿Combinada con vacuna Hepatitis B?**

Sí  No

- **Hepatitis B**

**1era dosis** (dd / mm / aa):

**2ª dosis** (dd / mm / aa):

**3ª dosis** (dd / mm / aa):

**AntiHBs** (dd / mm / aa) (Títulos):

- **Varicela:**

**1era dosis** (dd / mm / aa):

**2ª dosis** (dd / mm / aa):

**¿La has padecido?**

Sí  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 actual o en el futuro procedimientos de riesgo: (Esta prueba se podrá realizar tras valoración en el 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

¿Cuales? (Detalla y explica si han dejado secuela)

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

4. ....

.....

5. ....

.....

**HAS TRABAJADO EN ALGÚN MOMENTO ATENDIENDO 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  Serología IgG

**¿TE HAN PRACTICADO ALGUNA SEROLOGÍA HACIA EL SARS-COV-2?**

Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cuál ha sido el resultado, y en qué fecha?**

SEROLOGÍA IgG POSITIVA Fecha .....

SEROLOGÍA IgG NEGATIVA Fecha .....

**OTROS PROBLEMAS DE SALUD:**

- NO quiero contestar este apartado hasta el día de la visita a Salud Laboral
- Si, contestaré

**1. Alergias conocidas (Específica)**

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

**3. Enfermedades crónicas (Específica)**

**4. Intervenciones quirúrgicas / Fracturas**

**5. Alguna discapacidad (En caso afirmativo, especifica cuál es 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 afició, alguna actividad deportiva o social de interés?**

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