

AGENTE: ILUMINACIÓN INSUFICIENTE

CUESTIONARIO DIRECCIONADO

Criterio de exposición al riesgo

Está orientado a trabajadores de minas o galerías subterráneas

Lugar.....Fecha.....Hora.....

| | |
|--|-------|
| EMPRESA: | CUIT: |
| ESTABLECIMIENTO | CUIT: |
| DIRECCIÓN COMPLETA (Lugar donde se desempeña el trabajador)) | |

Datos del Trabajador:

Apellido y Nombre:.....

CUIL / DNI N°:.....

Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de nacimiento:/...../.....

Puesto de Trabajo:.....

Antigüedad en la Empresa:.....

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedades:

Antecedentes de trastornos congénitos:

Antecedentes de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo:

Exposición anterior al riesgo:

Trabajos anteriores con déficit de iluminación SI ☐ NO ☐

Describe:.....

| EMPRESA | PUESTO | TIEMPO TRABAJADO |
|---------|--------|------------------|
| | | |
| | | |

Exposición actual al riesgo

Empresa:/Establecimiento:.....

Actividad:.....

Puesto de Trabajo:.....

Antigüedad en el puesto de trabajo:.....

Horario de trabajo:.....

EXAMEN CLINICO

Presencia de:

Cefaleas: Si ☐

No ☐

Describir:.....

Visión doble: Si ☐

No ☐

Describir.....

Mareos / Vértigo: Si ☐

No ☐

Describir.....

Conjuntivitis: Si ☐

No ☐

Describir.....

Visión borrosa: Si ☐

No ☐

Describir.....

Presencia de inseguridad en posición de pie: Si ☐

No ☐

Describir.....

Examen ocular

Ojos

Centrados SI ☐ NO ☐

Pupilas Normal ☐ Anormal ☐

Conjuntivas Normal ☐ Anormal ☐

Córneas Normal ☐ Anormal ☐

Motilidad Ocular Normal ☐ Anormal ☐

Nistagmus Presente ☐ Ausente ☐

Informe.....

.....

.....

Agudeza Visual

Con

corrección.....

.

Sin

corrección.....

...

Fecha y hora de

realización.....

Observaciones:.....

.....

.....

.....

Firma y sello del Médico

Firma y aclaración del trabajador

