|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- ANTECEDENTES FAMILIARES** | | | **3.- ANTECEDENTES LABORALES** | | | | |
| ¿Tiene usted familiares con: tumores, diabetes, tuberculosis, asma, presión alta, enfermedades del corazón, riñones, enfermedades mentales o epilepsia?  Diga cuál y quién (parentesco)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | a) Ha sufrido accidentes de trabajo | | | SI | NO |
| En caso afirmativo indique cuándo y cómo le ocurrieron  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **2.- ANTECEDENTES PERSONALES** | | | b) Ha trabajado de producción en: | | | SI | NO |
| Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_Kg Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Fábricas de: Cemento o loza | | |  |  |
| ¿Fuma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarros al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Llantas | | |  |  |
| (solo mujeres) ¿Está embarazada o tiene duda de estarlo? \_\_\_\_\_ | | | Acumuladores | | |  |  |
| Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Asbesto | | |  |  |
| Menciona cuántos embarazos ha tenido, el tipo de parto y las fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Textiles | | |  |  |
| Fundiciones de metal | | |  |  |
| Vidrio y derivados | | |  |  |
| c) En caso afirmativo indicar cuantos años y por cuánto tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ¿Cuántos tatuajes tiene y en dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Se encuentra usted actualmente en tratamiento médico? | SI | NO |
| Diga cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **4.- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES** | | | | |
| ¿Utiliza alguna droga? | SI | NO | Tipo de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Diga cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | a) Le han puesto trasfusión sanguínea | | | SI | NO |
| Padece o ha padecido usted de: | SI | NO | En caso afirmativo indicar hace cuántos años y el motivo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| a) Diabetes (azúcar en la sangre) |  |  |
| b) Enfermedades de la columna vertebral (lumbalgia) |  |  |
| c) Reumatismo |  |  |
| d) Presión alta |  |  | Contactos de emergencia | | | | |
| e) Enfermedades del corazón |  |  | En caso de emergencia avisar a | Parentesco | Tel | | |
| f) Tuberculosis |  |  |
| g) Asma o bronquitis crónica |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| h) Tumores |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| i) Úlcera de estómago o del intestino |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| j) Enfermedades del riñón |  |  |  |  |  | | |
| k) Epilepsia |  |  | **5.-** Autorizo a la empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Investigar las declaraciones anteriores. En caso de haber incurrido en falsedad y omisión seré sujeto a término de contrato inmediato | | | | |
| l) Enfermedades del oído |  |  |
| m) Miopía o alguna enfermedad de los ojos |  |  |
| n) Hernia |  |  |
| Ñ) Varices |  |  |
| o) Ha sido operado |  |  |  | | | | |
| ¿De qué y cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | | |
| p) Enfermedades de la piel |  |  |  | | | | |
| Diga cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| q) Herpes |  |  | Nombre y firma del solicitante | | | | |
| r) Micosis |  |  |  | | | | |
| s) Diarrea frecuentes (cada 15 o 30 días) |  |  |  | | | | |
| t) Migraña |  |  | **Para ser llenado por la empresa** | | | | |
| u) Hepatitis |  |  |  | | | | |
| ¿Hace cuántos años? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | CONCLUSIÓN: | | | | |
| v) Pérdida de peso (más de 5 kilos en 2 meses) |  |  |  | | | | |
| Diga la causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | | |
| w) Alergias |  |  | Se considera apto(a) | | | SI | NO |
| En caso afirmativo diga a que: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | | |
| x) Cáncer |  |  | Revisó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ¿Hace cuánto tiempo y en dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | | |
| y) Alguna otra enfermedad diga cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Autorizó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |