

Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería

SANIDAD 2019

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería

La utilización en este texto del masculino cuando nos refiramos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadoras y trabajadores cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 731-19-072-4

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://cpage.mpr.gob.es>

Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba la Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería en la Reunión del 9 de mayo de 2019.



**COMISIÓN NACIONAL
DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO**

La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo informa favorablemente la Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería en la Reunión plenaria de 8 de octubre de 2019.

AUTORES

Valentín Esteban Buedo. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Montserrat García Gómez. Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Reyes Zapater Jordá. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Sonia Casanova Vivas. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Encarna Santolaria Bartolomé. Jefa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Subdirección General de Administración de Personal y Salud Laboral. Dirección General de Recursos Humanos. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Juan Ángel Ferrer Azcona. Especialista en Medicina del Trabajo. Microservicios. Benidorm. Aitor Guisasola Yeregui. Unidad de Salud Laboral. Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

Lin Santana Yllobre. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

M^a Teófila Vicente Herrero, M^a Victoria Ramírez Íñiguez de la Torre, Luisa Capdevila García, Rosa Sánchez Lloris, M^a Jesús Terradillos García. Médicos especialistas en Medicina del Trabajo. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA PONENCIA DE SALUD LABORAL

Montserrat García Gómez. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Joaquín Estévez Lucas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Aitor Guisasola Yeregui. Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral. País Vasco

Lourdes Íscar Reina. Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral. País Vasco

Juan Carlos Coto Fernández. Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral. País Vasco

Rafael Panadés Valls. Consellería de Salut. Catalunya

María Isabel González García. Consejería de Salud y Bienestar Social. Galicia

Francisco Arroyo Llanes. Consejería de Salud y Familias. Andalucía

Rosario Díaz Peral. Consejería de Salud y Familias. Andalucía

Valentín Rodríguez Suárez. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias

Íñigo Fernández Fernández. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Cantabria

Lourdes Miralles Martínez-Portillo. Consejería de Salud y Servicios Sociales. La Rioja

Bienvenida Carpe Carpe. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia

Valentín Esteban Buedo. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Comunidad Valenciana

Nieves Martínez Arguisuelas. Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Aragón

Fernando Corbián Gómez. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Castilla-La Mancha

Emma Rosa Corraliza Infanzón. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Castilla-La Mancha

Iñaki Moreno Sueskun. Instituto Navarro de Salud Laboral. Comunidad Foral de Navarra

Jesús Fernández Baraibar. Instituto Navarro de Salud Laboral. Comunidad Foral de Navarra

Yolanda Anés del Amo. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Extremadura

Santiago Briz Blázquez. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Extremadura

Milagros Quiemadelos Carmona. Consellería de Salut. Illes Balears

Eduardo García-Ramos Alonso. Consejería de Sanidad. Canarias

María Fernanda González Gómez. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Mercedes Elvira Espinosa. Consejería de Sanidad. Castilla y León

Luisa Fernanda Hermoso Castro. Consejería de Presidencia y Salud Pública. Ciudad Autónoma de Melilla

Ana Isabel Rivas Pérez. Consejería Sanidad, Servicios Sociales, Menores e Igualdad. Ciudad Autónoma de Ceuta

Pilar Aparicio Azcárraga

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Covadonga Caballo Diéguez

Subdirectora General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral

Índice

Presentación	11
1. Introducción	13
2. Objetivos y criterios de aplicación	15
3. El sector de la hostelería	17
3.1. Población ocupada y características del sector	17
3.2. Definición de los puestos de trabajo y perfiles laborales del sector.	19
3.3. Factores de riesgo y posibles daños para la salud	22
3.3.1. Factores de riesgo ergonómico	22
3.3.2. Factores de riesgo psicosocial	23
3.3.3. Factores de riesgo químico	24
3.3.4. Factores de riesgo biológico	25
3.3.5. Factores de riesgo físico: temperatura, ruido, vibraciones	25
3.3.6. Trabajos con pantallas de visualización de datos (PVD)	26
3.3.7. El perfil del sector: riesgos y daños percibidos por los trabajadores	27
3.3.8. Factores de riesgo por perfiles laborales	28
4. Vigilancia de la salud	35
4.1. Vigilancia de la salud específica por perfiles laborales	35
4.1.1. Examen de salud inicial	36
4.1.2. Examen de salud periódico	43
4.1.3. Trabajadores especialmente sensibles. Menores de edad	43
4.2. Valoración de resultados	44
4.2.1. Valoración clínica y relación con el trabajo	44
4.2.2. Valoración de la aptitud. Criterios para la comunicación de las conclusiones que se deriven de la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras.	46
4.3. Periodicidad de la vigilancia de la salud	49
4.4. Vigilancia de la salud durante el embarazo y la lactancia	51
4.5. Vigilancia de la salud colectiva	55
4.5.1. Fuentes de información. Utilidad y limitaciones	55

4.5.2. Análisis epidemiológico de los datos procedentes de la vigilancia de la salud individual	56
4.5.3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	63
5. Documento de intercambio de información sobre la vigilancia de la salud	65
6. Revisión	67
7. Bibliografía	69
8. Anexos	73
Anexo I. Historias clínico-laborales por perfiles laborales.	73
Anexo II. Cuestionario de salud inicial para iniciar el examen de salud periódico.	220
Anexo III. Documento de intercambio de información sanitaria (DIIS)	221
Anexo IV. Autores de la primera edición.	222

Presentación

La **Guía para la Vigilancia de la Salud del Personal de Hostelería** que se presenta es fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través de la Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como contribución a las actividades de prevención de riesgos laborales en nuestro país.

Se ha cuidado especialmente que el documento tuviera un **enfoque integral**, recogiendo en un único documento sanitario el abordaje de la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores por sector productivo, mediante protocolos de vigilancia de la salud por perfiles laborales, y definiendo los mínimos comunes de la vigilancia de la salud para cada perfil.

El abordaje de la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores por sector productivo facilita la valoración de los resultados de los exámenes de salud, tanto clínica como en relación con el trabajo, el establecimiento de su periodicidad, homogeneiza la actividad sanitaria, armoniza la conducta a seguir a partir de los resultados, e indica, a partir de todo lo anterior, cual puede ser la vigilancia de la salud colectiva, herramienta imprescindible para poder valorar la importancia de los efectos en la salud de los riesgos laborales, su frecuencia, gravedad y tendencia, para establecer hipótesis causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos, priorizar actividades de prevención y evaluar la efectividad de estas medidas.

Con todo ello, la finalidad última de este documento es ofrecer, desde la mejor evidencia científica disponible y la opinión experta de los conocedores del sector, herramientas para **mejorar la calidad de la práctica de la vigilancia específica de la salud** de los trabajadores de hostelería.

Entre sus contenidos destaca un **Documento de Intercambio de Información Sanitaria (DIIS) sobre Vigilancia de la Salud**, que, guardando la debida confidencialidad, permite que no se repitan pruebas de salud innecesarias, en todo o en parte. Con dicho Documento se pretende que a un mismo trabajador no se le repitan pruebas de salud que se le hayan realizado recientemente por un Servicio de prevención (SP), si el SP responsable de realizar el nuevo examen de salud no lo considera necesario, en todo o en parte, por disponer de información suficiente proveniente del SP anterior. Esto sólo es posible a partir de la homogeneización de la vigilancia de la salud que se establece con la presente Guía, con los protocolos para los exámenes de salud específicos por perfiles de puesto de trabajo.

No obstante, el conocimiento médico, científico y técnico es dinámico, por lo cual la Ponencia de Salud Laboral considera que este documento

podrá ser revisado en el futuro para su actualización, en la medida que así lo aconsejen los avances científicos, los cambios normativos o los acuerdos sociales del sector, así como el análisis de los datos sobre los resultados de la implementación del documento.

1. Introducción

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales¹ (en adelante, LPRL) establece los principios generales a los que debe someterse la vigilancia de la salud de los trabajadores/as, y constituye la base normativa en la que se sustenta esta actividad.

El artículo 14 establece el derecho de los trabajadores a la vigilancia de su estado de salud, así como el deber de empresarios y empresarias de garantizar esa vigilancia. Las características y contenido de la vigilancia de la salud vienen definidas en el artículo 22 de la LPRL y en el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención² (RD 39/1997, de 17 de enero). Así, la vigilancia de la salud debe ser específica en función de los riesgos inherentes al trabajo, periódica, y voluntaria para el trabajador, salvo que concurren ciertas circunstancias. Debe realizarse garantizando la confidencialidad de la información médica y respetar el derecho a la intimidad, a la dignidad y a la no discriminación por motivos de salud. Debe ser realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. Abarca tanto la vigilancia sanitaria individual (inicial, periódica, tras ausencia prolongada del trabajo), como la colectiva, y debe incluir la vigilancia de la salud de trabajadores/as especialmente sensibles (art. 25, LPRL), menores (art. 27, LPRL) y la vigilancia de la salud de las trabajadoras en periodo de embarazo y lactancia (art. 26, LPRL).

La vigilancia de la salud engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas³. Especialmente, la detección precoz de alteraciones de salud derivadas de la exposición a riesgos laborales, contribuir a determinar la idoneidad para las tareas habituales del puesto de trabajo y ayudar a la evaluación de la eficiencia de las medidas preventivas.

La vigilancia de la salud es la actividad sanitaria más importante de las que se pueden realizar en relación con la salud de las personas que trabajan, siendo concretamente los exámenes de salud (reconocimientos médicos) la actividad más visible. Pero los reconocimientos médicos son sólo una de las formas posibles. Hay otras que además pueden complementar los resultados obtenidos en los exámenes de salud, por ejemplo, encuestas de salud, controles biológicos, estudios de absentismo, estadísticas de accidentes, etc. Todo lo que aporte información sobre la salud de los trabajadores puede convertirse en un instrumento de vigilancia.

Las actuaciones de las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria se establecen en el artículo 10 de la LPRL. En particular, les

corresponde el “*establecimiento de medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los Servicios de Prevención actuantes. Para ello, establecerán las pautas y protocolos de actuación, oídas las sociedades científicas, a los que deberán someterse los citados Servicios*”.

Concretamente en el artículo 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención se establece que “*la vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador*” siendo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, quienes establecerán la periodicidad y contenidos específicos en cada caso.

En el seno del Consejo Interterritorial de Salud y fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública se han elaborado los ***Protocolos de vigilancia sanitaria específica***. Representan guías de actuación, orientadas por riesgo o daño, dirigidas a los profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

En esta Guía se aborda la protocolización de la vigilancia de la salud aplicada a un sector específico, el sector de Hostelería. Como los Protocolos elaborados no cubren todos los aspectos, el contenido se ha completado con recomendaciones procedentes de la evidencia científica publicada y consultas a expertos. En su elaboración, se ha utilizado como base la Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería, 1ª Edición (Esteban V, Santolaria E, Casanova S, et al. Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanidad, 2010).

2. Objetivos y criterios de aplicación

Objetivos: Establecer criterios y recomendaciones para la vigilancia de la salud de los trabajadores para la prevención de riesgos laborales del sector de la hostelería.

Criterios de aplicación: Será de aplicación a los trabajadores del sector de hostelería que comprende las siguientes actividades económicas (código CNAE-2009):

SECCIÓN I: HOSTELERÍA				
			Servicios de alojamiento	55
55	55.1		Hoteles y alojamientos similares	55.1
		55.10	Hoteles y alojamientos similares	55.10
	55.2		Alojamientos turísticos y otros alojamientos de corta estancia	55.2
		55.20	Alojamientos turísticos y otros alojamientos de corta estancia	55.20
	55.3		Campings	55.3
		55.30	Campings	55.30
	55.9		Otros alojamientos	55.9
		55.90	Otros alojamientos	55.90
56			Servicios de comidas y bebidas	56
	56.1		Restaurantes y puestos de comidas	56.1
		56.10	Restaurantes y puestos de comidas	56.10
	56.2		Provisión de comidas preparadas para eventos y otros servicios de comidas	56.2
		56.21	Provisión de comidas preparadas para eventos	56.21
		56.29	Otros servicios de comidas	56.29
	56.3		Establecimientos de bebidas	56.3
		56.30	Establecimientos de bebidas	56.30

Los profesionales sanitarios de los servicios de prevención deben tener en cuenta que el Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, en su artículo 3 párrafo tercero establece que *“Con carácter general, y sin perjuicio de lo previsto en los apartados 1, letras j) y k) de este artículo, no se incluirán entre las actividades sanitarias desarrolladas por los servicios sanitarios de*

los servicios de prevención la realización de exploraciones y pruebas no relacionadas con los riesgos laborales específicos de las tareas asignadas a los trabajadores o con riesgos inespecíficos que puedan dar lugar a agravar patologías previas. En todo caso, toda prueba o exploración deberá acompañarse de la mención explícita del riesgo o problema de salud asociado a la actividad laboral que se pretende examinar, sin que esto suponga detrimento de la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios ni de su facultad para la realización de pruebas o exploraciones que consideren relevantes según criterio médico”.

En cuanto a las actividades de cribado, en el ámbito laboral sólo deben realizarse cuando sean específicas frente a los riesgos laborales y enfermedades derivadas del trabajo.

3. El sector de hostelería

3.1. Población ocupada y características del sector

El sector de hostelería agrupa alrededor del 8,7% de la población ocupada a nivel nacional. El 75,3% se concentra en las actividades de restauración y el 24,7% en hoteles y alojamientos⁴. Los indicadores de actividad turística pertenecientes a los servicios de restauración son superiores a los alcanzados por los servicios de alojamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de la actividad turística. España 2015

Indicadores de la actividad turística	Servicios de alojamiento	Servicios de comidas y bebidas	Hostelería
Número de empresas	23.583	247.036	270.619
Personal ocupado	266.442	1.001.294	1.267.736
Volumen de negocio (miles de €)	20.129.255	42.016.497	62.145.752
Sueldos y salarios (miles de €)	6.724.242	12.726.305	19.450.547
Inversión bruta en bienes materiales (miles de €)	9.992.848	26.021.427	36.014.275

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de Servicios 2015.

Se trata de un sector con predominio de las pequeñas empresas. Más del 80% de las empresas del sector tienen menos de 5 trabajadores. En el subsector de hoteles solo el 12% de las empresas tienen más de 20 trabajadores, porcentaje que se reduce al 1,4% en restauración⁴ (Tabla 2).

Tabla 2. Número de empresas según nivel de ocupación. España 2015

Nº de trabajadores	Menos de 2	De 2 a 9	De 10 a 19	De 20 a 49	Más de 50
Hoteles y establecimientos hoteleros	9.189 (39,0%)	10.182 (43,2%)	1.800 (7,6%)	1.526 (6,5%)	887 (3,8%)
Restauración	72.712 (29,4%)	160.943 (65,1%)	9.587 (3,9%)	3.135 (1,3%)	659 (0,3%)
Total sector	81.901 (30,3%)	171.125 (63,2%)	11.386 (4,2%)	4.661 (1,7%)	1.545 (0,6%)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de Servicios 2015.

La hostelería constituye una de las vertientes más activas en generación de empleo, especialmente en el periodo de la última crisis económica. En el año 2008, el sector contaba con 1.457.850 ocupados, frente a los 1.604.125 del 2016 (se incrementó un 10%).

En 2016, un 79,6% de la población ocupada en el sector era asalariada, frente al 20,4% de trabajadores/as autónomos/as, cuando a nivel general la cifra de autónomos/as representa solo un 16,8% frente al total de población ocupada.

Se trata de un sector con una fuerte presencia femenina. En hoteles y alojamientos el 56,5% de los asalariados son mujeres y en restauración el 53,4%.

La hostelería es un gran polo de atracción de trabajadores, desempleados y empleados, procedentes de otros sectores de actividad productiva, así como de personas, fundamentalmente jóvenes, que buscan primer empleo⁵. Un 26,9% de los asalariados tienen entre 16-29 años, porcentaje superior al observado en el sector servicios (15%). En restauración, la presencia de jóvenes se eleva hasta el 31%⁴.

La vertiente social de la actividad contractual de la hostelería viene justificada en sí misma por el elevado volumen de contratación, así como por el paulatino crecimiento de la contratación indefinida y retroceso relativo de la contratación temporal, producido en 2016. Sin embargo, es preciso resaltar que, además, la hostelería tiene tradicionalmente una gran capacidad de emplear a personas pertenecientes a los colectivos con mayor dificultad de inserción laboral. En efecto, en el año 2016 las actividades de Servicios de comidas y bebidas ocupan el primer puesto en la contratación de mujeres, de trabajadores extranjeros, jóvenes menores de 30 años, trabajadores mayores de 45 años, y personas con discapacidad. El subsector de Servicios de alojamiento ocupa el primer lugar del ranking de contratación de parados de larga duración, el segundo de extranjeros y jóvenes, y el tercer puesto en la contratación de mujeres y personas con discapacidad⁵.

El sector presenta una alta tasa de temporalidad, un 38,6% de los asalariados, una tasa superior a la del conjunto de sectores de la economía, que se situaba en 2007 en un 31,7%. La temporalidad presenta diferencias por género y edad. La tasa de temporalidad en las mujeres se sitúa 9 puntos por encima que la de los hombres (42,4% para las mujeres y 33% para los hombres). En el grupo de edad 16-29 años la tasa de temporalidad en el conjunto del sector turístico se situó en el 48,3%⁴.

El sector cuenta con una importante presencia de inmigrantes. En el año 2007, el número de inmigrantes se situó en 411.989, lo que supone un 28,4% de los ocupados del sector⁴.

3.2. Definición de los puestos de trabajo y perfiles laborales del sector

El V Acuerdo Laboral de Ámbito Estatal para el Sector de Hostelería 2015-2020 agrupa los puestos de trabajo del sector en 6 áreas funcionales, determinadas por el conjunto de actividades que tienen una base profesional homogénea o que corresponden a una función homogénea de la organización del trabajo⁶.

Área funcional primera, denominada **Recepción-Conserjería, Relaciones Públicas, Administración y Gestión**, engloba los servicios de venta de alojamientos y derivados, atención, acceso-salida y tránsito de clientes, facturación y caja, telecomunicaciones, administración y gestión en general.

Área funcional segunda, **Cocina y Economato**, incluye los servicios de preparación y elaboración de alimentos para consumo, adquisición, almacenamiento, conservación-administración de víveres y mercancías, limpieza y conservación de útiles, maquinarias y zonas de trabajo.

Área funcional tercera, **Restaurante, Sala, Bar y similares**; Colectividades y pista para catering, agrupa los servicios de atención al cliente para el consumo de comida y bebida, almacenamiento y administración de equipamiento y mercancías, preparación de servicios y zonas de trabajo.

Área funcional cuarta, **Pisos y limpieza**, incluye los servicios generales de conservación y limpieza, atención al cliente en el uso de servicios, preparación de zonas de trabajo, servicios de lavandería, lencería, conservación de mobiliario y decoración.

Área funcional quinta, **Mantenimiento y Servicios Auxiliares**, engloba los servicios de conservación y mantenimiento de maquinaria e instalaciones, trabajos adicionales de la actividad principal, reparaciones de útiles y elementos de trabajo, conservación de zonas e inmuebles.

Área funcional sexta, **Servicios Complementarios**, engloba los servicios de ocio, deporte, animación, esparcimiento y relax, así como servicios termales, belleza, salud y similares, prestados directamente por las empresas de hostelería con carácter complementario a la actividad principal hostelera.

Para la elaboración de los protocolos de vigilancia de la salud se han seleccionado las primeras cuatro áreas funcionales. No se han seleccionado las áreas de Mantenimiento y Servicios Complementarios, por la gran diversidad de puestos de trabajo y por la frecuente externalización de algunos de ellos.

A partir de las cuatro áreas funcionales se definen 5 perfiles laborales (Tabla 3) en los que se agrupan los puestos de trabajo. Se incluye, además un sexto perfil con un grupo de trabajadores denominado TRABAJADOR/A MULTIPUESTO. Se definen así a aquéllos trabajadores que realizan varios tipos de actividades, según el momento. Se suele dar principalmente en pequeñas empresas atendidas por pocos trabajadores, a menudo de carácter familiar, en la que alternan labores de recepción, atención de mesas y habitaciones, limpieza e incluso cocina. Al ser sus actividades variadas, esos trabajadores suelen estar expuestos a los riesgos de cada una de las labores desarrolladas, por lo que requieren una atención especial. Este perfil tiene una gran relevancia, por ser muy habitual en el sector.

Tabla 3. Perfiles laborales del sector de hostelería

Perfil 1: LIMPIEZA Y PISOS
Gobernante/a o Encargado/a general
Subgobernante/a o Encargado/a de sección
Camarero/a de pisos
Auxiliar de pisos y limpieza
Perfil 2: COCINA
Jefe/a de cocina
2º/2ª Jefe/a de cocina
Jefe/a de catering
Jefe/a de partida
Cocinero/a
Repostero/a
Ayudante/a de cocina
Auxiliar de cocina
Ayudante/a de economato
Perfil 3: CAMARERO/A
Jefe/a de restaurante o sala
Segundo/a jefe/a de restaurante o sala
Jefe/a de sector
Camarero/a
Barman/Barwoman
Sumiller/a
Ayudante/a de camarero/a

Supervisor/a de colectividades
Monitor/a o cuidador/a de colectividades
Auxiliar de colectividades
Jefe/a de operaciones de catering
Jefe/a de sala de catering
Supervisor/a de catering
Ayudante/a de equipo de catering
Preparador/a montador/a de catering
Asistente/a preparador/a montador/a de catering
Supervisor/a de restauración moderna
Preparador/a de restauración moderna
Asistente/a de restauración moderna
Perfil 4: RECEPCIÓN-CONSERJERÍA
Jefe/a de recepción
2º/2ª Jefe/a de recepción
Recepcionista
Telefonista
Conserje
Primer/a conserje
Auxiliar de recepción y conserjería
Conserje Ayudante de recepción y/o conserjería
Relaciones públicas
Perfil 5: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN
Jefe/a de administración
Técnico/a de prevención de riesgos laborales
Jefe/a comercial
Comercial
Administrativo/a
Ayudante administrativo/a
Encargado/a de economato
Gerente de centro de restauración moderna
Jefe/a de servicios de catering
Responsable de servicio de Servicios complementarios
Perfil 6: MULTIPUESTO

3.3. Factores de riesgo y posibles daños para la salud

3.3.1. Factores de riesgo ergonómico

La realización de movimientos repetitivos, el mantenimiento de posturas forzadas y la manipulación manual de cargas son factores de riesgo presentes en el sector de hostelería. Existen diversas tareas en las que los trabajadores del sector pueden verse expuestos a estos factores⁷.

Según un estudio realizado en el sector de la Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales⁸, los trabajadores de recepción tienen la sensación de peligro por levantar o coger peso como es la carga de equipajes y por estar largos períodos de la jornada en posición de pie (38%). Los trabajadores de limpieza de pisos opinan que su primer riesgo, con un 59% de las respuestas obtenidas, es la carga física (tirar de carros, levantar colchones,...). La realización de movimientos repetitivos y las posturas estáticas de pie ocupan más de la mitad de la jornada, en el 70% de los camareros consultados.

En general, las lesiones asociadas a los movimientos repetitivos se dan comúnmente en los tendones, los músculos y los nervios del hombro, antebrazo, muñeca y mano. Los diagnósticos incluyen tendinitis, peritendinitis, tenosinovitis, mialgias y atrapamientos de nervios distales⁹.

Las posturas forzadas originan igualmente trastornos músculo-esqueléticos. Estas molestias son de aparición lenta, por lo que se suele infravalorar el síntoma hasta que se hace crónico y aparece el daño permanente; se localizan fundamentalmente en el tejido conectivo, sobretudo en tendones y sus vainas, y pueden también dañar o irritar los nervios⁹.

La manipulación manual de cargas se asocia con fatiga fisiológica y con alteraciones musculares (contracturas, calambres y rotura de fibras), tendinosas y ligamentosas: (sinovitis, tenosinovitis, roturas, esguinces, bursitis) y articulares (artrosis, artritis, hernias discales)⁹.

La primera causa de bajas por contingencias comunes en los trabajadores del sector corresponde a enfermedades que asientan en el aparato locomotor (31,6%), de las que las dolencias de columna vertebral suponen más de una 54%⁸.

Las principales enfermedades sufridas por el personal de recepción encuestados afectaron sobre todo a los miembros inferiores (24% sobre el total de las enfermedades sufridas en el último año), como esguinces de tobillo o condromalacia rotuliana. En el grupo de cocina, las enfermedades que aparecen con más frecuencia en los dos últimos años son las relacionadas con el aparato locomotor, especialmente de la columna (41% del total de las patologías) y las articulaciones de los miembros, tanto inferiores como superiores. En el colectivo de limpieza de pisos, las enfermedades del aparato

locomotor suponen un 74%, afectando principalmente a la columna (31%), y a las articulaciones inferiores (24%). Los diagnósticos más frecuentes son tendinitis, lumbalgias y esguinces. En cuanto al grupo de camareros, las enfermedades más frecuentes afectan, igualmente, al sistema locomotor (60% del total de los casos respondidos), principalmente a la columna, como lumbalgias, y las que afectan a los miembros inferiores (10%) como esguinces y tendinitis⁸.

3.3.2. Factores de riesgo psicosocial

Por factores de riesgos psicosociales, se entienden aquellas características que se refieren a la organización del trabajo y la carga mental asociada. Los factores principales relacionados con la organización del trabajo son el horario de trabajo, el ritmo de trabajo, la automatización de la producción, las relaciones de comunicación y las relaciones personales, el estilo de mando, el contenido del trabajo, la posibilidad de promoción, la identificación con la tarea, la capacidad de iniciativa y la estabilidad en el empleo¹⁰.

Una parte de los trabajadores del sector de Hostelería se enfrentan con una elevada carga de trabajo, sometida a presión temporal y con un contacto permanente con los clientes. El trabajo con rapidez y con plazos ajustados es habitual en estos trabajadores. Las cargas de trabajo se concentran en horas punta, dependiendo del comportamiento de los clientes. La falta de control sobre el trabajo es inherente al sector y muchos trabajadores no pueden organizar o planificar su trabajo¹¹.

Los horarios irregulares y las jornadas largas pueden originar problemas de conciliación de la vida laboral y familiar. Según datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo¹², el 36% de los trabajadores de este sector declaró que sus jornadas no se adecuaban bien con sus compromisos familiares o sociales. En el conjunto de trabajadores de todos los sectores, sólo el 19% declaraba lo mismo.

El contacto con clientes puede llevar, en algunos casos, a problemas, tales como, violencia, acoso y discriminación que son más comunes en este sector, en particular en trabajadores de pubs, discotecas, clubs de noche y bares¹³.

En España, según un estudio para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de hostelería¹⁴, el 75% de los trabajadores encuestados presentan una alta carga mental y el 50% una carga de trabajo alta. El 72% dice tener unas condiciones de empleo inseguras y un 4% dice haber sufrido algún acto de violencia en su centro de trabajo, ya sea en forma de violencia física o de violencia verbal.

El estrés laboral y el “*síndrome del quemado*” son dos de las manifestaciones de daño para la salud más frecuentes asociadas a la exposición a estos factores de riesgo de tipo psicosocial.

El estrés laboral se define como el resultado de una relación de desajuste entre las exigencias o demandas derivadas del trabajo y la capacidad de los trabajadores de dar respuesta a tales demandas en un determinado ambiente laboral¹⁴.

Las posibles consecuencias del estrés laboral podemos agruparlas en:

- Problemas físicos: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, sexuales y otros.
- Problemas psicológicos: alteraciones del sistema nervioso, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, drogodependencias.
- Consecuencias laborales: bajas, absentismo e incluso, incapacidades laborales y un incremento en el número de accidentes.

Entre los trabajadores europeos, una cuarta parte de las ausencias laborales de dos o más semanas son debidas al estrés en el trabajo¹³. Los trabajadores de este sector informan más que la media de los trabajadores en general, de dolores de cabeza, estrés y miedos¹³. Un 11% de los trabajadores de cocinas y un 9% de las camareras de piso manifiesta haber sufrido depresión en los dos últimos años¹².

En general, el estrés laboral crónico está relacionado con mayores problemas de salud físicos y mentales, en particular con morbilidad y mortalidad cardiovascular¹³.

3.3.3. Factores de riesgo químico

En el sector de hostelería, se puede dar la exposición a productos químicos fundamentalmente en los trabajadores de cocina y en el personal de limpieza. En estos puestos de trabajo es frecuente el uso de detergentes y desengrasantes, desinfectantes y en ocasiones disolventes¹⁵.

Los problemas de salud más frecuentes asociados al uso de este tipo de productos, son los problemas irritativos y alérgicos, especialmente.

Las sustancias alcalinas como el hidróxido sódico y el amoníaco tienen efectos corrosivos capaces de provocar quemaduras en la piel dependiendo de su concentración. Por inhalación pueden provocar irritación en las vías respiratorias superiores. Las lejías tienen igualmente, gran poder corrosivo y mezclado con ácidos pueden liberar vapores tóxicos. La acción irritante de los disolventes está basada en la disolución de los lípidos superficiales, el material lipídico del estrato córneo y la parte lipídica de la membrana celular. La mayoría de los disolventes son irritantes primarios y sólo algunos son también sensibilizantes¹⁶. La acción irritante afecta sobre todo a las vías respiratorias y ojos.

Los cocineros, comparados con otras ocupaciones, tienen un riesgo elevado de desarrollar problemas dermatológicos¹⁶. Este riesgo se asocia con

el uso de productos químicos, con el calor, con el contacto frecuente con el agua y con la manipulación de especias y alimentos que pueden actuar como irritantes o sensibilizantes.

El uso de guantes de látex puede ser, igualmente, un riesgo en los trabajadores del sector. La urticaria de contacto al látex es una alergia mediada por IgE frente a antígenos de carácter proteico presentes en el látex natural y que persisten en el látex manufacturado. También se puede producir sensibilización cutánea por mecanismo retardado tipo IV¹⁶.

3.3.4. Factores de riesgo biológico

Los trabajadores de cocina pueden estar expuestos al contacto con agentes biológicos por manipulación de alimentos contaminados. El riesgo de transmisión de zoonosis debe considerarse como ocasional en nuestro medio, dado el control alimentario previo existente. El contacto con hongos y sus esporas o virus puede contribuir a la aparición de problemas dermatológicos y respiratorios.

El uso de sistemas de aire acondicionado puede ser una fuente de exposición a agentes biológicos en los trabajadores de este sector, sobre todo, en algunos casos, si el mantenimiento no es adecuado. La proliferación en estos sistemas de hongos, levaduras y la producción de endotoxinas puede dar lugar a la aparición de problemas alérgicos y respiratorios.

La incidencia de infecciones en algunos clientes o de otros empleados, especialmente de tipo gastrointestinal (norovirus), puede ser una fuente de contagio para el personal de hostelería y, en concreto, las camareras de piso y personal encargadas de la limpieza de zonas y fómites potencialmente contaminadas por los enfermos.

3.3.5. Factores de riesgo físico: temperatura, ruido, vibraciones

La exposición a altas temperaturas puede darse en cocinas y lavanderías por las fuentes de calor utilizadas. Igualmente, puede ocurrir en trabajos con ambientes cerrados con abundantes clientes (discobares, discotecas). En cocinas, además, puede existir exposición a cambios bruscos de temperatura, por la entrada y salida a cámaras frigoríficas.

También puede haber situaciones de disconfort térmico cuando el trabajador desarrolla su actividad en zonas de corrientes de aire, o de transición entre un exterior caliente o frío, según el clima, y un interior con aire acondicionado o calefacción (porteros, botones, personal de seguridad y de aparcamientos, etc.).

La exposición a temperatura elevada produce sudoración profusa, con posible hipotensión y lipotimias, fenómenos que pueden ser más frecuentes

en ambientes de humedad elevada. El estrés por calor tiene como síntomas el dolor de cabeza, malestar general, disminución del rendimiento, irritabilidad, déficit de concentración, náuseas, fatiga precoz, desvanecimiento y taquicardia^{18, 19}.

Las bajas temperaturas causan malestar general, disminución del rendimiento psico-físico y falta de destreza manual por vasoconstricción.

El ruido puede ser un problema en cocinas y en determinados locales como discotecas. Puede provocar pérdida de audición, así como tensión muscular y contribuir a la aparición de fatiga.

3.3.6. Trabajos con pantallas de visualización de datos (PVD)

El trabajo en pantalla de visualización de datos (PVD) se define como el que ejerce todo trabajador/a que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal, utiliza un equipo con pantalla de visualización de datos²⁰.

En el sector de la hostelería la exposición a PVDs se da fundamentalmente en los trabajadores del área de recepción y administración, aunque cada vez más estos dispositivos se incorporan en el trabajo habitual de otros grupos como camareros o mantenimiento. Los problemas de salud asociados al uso de PVDs incluyen alteraciones visuales que pueden llegar a fatiga visual, trastornos musculoesqueléticos (fatiga física o muscular) y alteraciones psicósomáticas (fatiga mental).

La fatiga visual es una modificación funcional, de carácter reversible, debido a un exceso en los requerimientos de los reflejos pupilares y de acomodación-convergencia. Los síntomas incluyen molestias oculares (pesadez de ojos, quemazón, somnolencia,...) trastornos visuales (visión borrosa, dificultad para enfocar objetos, fofobia,...) y trastornos extraoculares como la cefalea.

La fatiga física o muscular consiste en una disminución de la capacidad física del individuo debida, bien a una tensión muscular estática, dinámica o repetitiva, bien a una tensión excesiva del conjunto del organismo o bien a un esfuerzo excesivo del sistema psicomotor. Los síntomas de la fatiga física o muscular se dan fundamentalmente a nivel de la columna vertebral en forma de cervalgias, dorsalgias y lumbalgias²⁰.

Pueden darse otros problemas musculoesqueléticos asociados al uso de PVDs, como el síndrome del túnel carpiano o la tendinitis de Quervain.

La fatiga mental puede dar lugar a trastornos neurovegetativos y alteraciones psicósomáticas (cefaleas, astenia, trastornos digestivos), alteraciones psíquicas (ansiedad, irritabilidad, trastornos depresivos,...) y trastornos del sueño.

3.3.7. El perfil del sector: riesgos y daños percibidos por los trabajadores

La sexta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS) 2015, realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, en los 28 Estados miembros de la UE (UE-28), con 43.850 trabajadores entrevistados, 3.364 de ellos en España, proporciona el siguiente perfil del sector en nuestro país:

- En los últimos tres años (2012-2015), el 16% de los asalariados de hostelería ha sufrido en su lugar de trabajo una reestructuración o reorganización sustancial que ha afectado a su trabajo.
- El 74% de los trabajadores de Comercio y hostelería declaran tener ingresos bajos, es decir, no superan los 14.400 euros netos al año (o 1.200 al mes).
- Los riesgos ergonómicos más señalados por los trabajadores del sector, a los que estarían expuestos como mínimo una cuarta parte de su tiempo de trabajo, son los movimientos repetitivos de manos o brazos, que afectarían al 75%, las posiciones dolorosas o fatigantes (54%) y llevar o mover cargas pesadas (49%).
- El 31% de los ocupados del sector debe trabajar siempre o casi siempre a gran velocidad y debe cumplir plazos muy ajustados con la misma frecuencia. Esta exposición combinada a ambas exigencias ha crecido a lo largo de los diez años que van de 2005 a 2015.
- El trabajo emocional derivado de la interacción entre el trabajador y la persona destinataria de su trabajo es elevado en el sector: el 70% de los trabajadores trata directamente con personas que no son empleados del lugar donde trabajan.
- Un ejemplo extremo de exigencia emocional lo constituye tener que tratar frecuentemente con personas ajenas al centro que muestran sus quejas o enfados. Esta circunstancia se da con alta frecuencia (siempre o casi siempre) en su trabajo para el 29% de los trabajadores de hostelería, siendo relevante el importante incremento que se ha producido respecto a 2010.
- Hostelería es la actividad en la que se da mayor coexistencia entre trabajadores con semanas de corta y de larga duración (casi un tercio de los trabajadores en cada caso); y esto se verifica también analizando sólo a los asalariados (excluyendo a los autónomos que en general realizan más horas que los que trabajan por cuenta ajena): el 28% trabaja semanas inferiores a 35 horas y el 16%, semanas superiores a 40 horas.

- El 28% de encuestados del sector hostelería con un horario a priori fijo, sufre cambios frecuentes en su horario laboral, que además se notifica con poca antelación. El 77% trabaja en sábados, el 43% en domingo y el 29% realiza una jornada diaria de más de 10 horas.
- Por lo que se refiere a la influencia del trabajo sobre la salud, algo más de la mitad de los encuestados de hostelería opina que el trabajo no afecta a su salud y sólo un 7% que influye de manera positiva. Por su parte, otro 34% considera que la influencia sobre su salud es negativa.
- Un 31% de los trabajadores de la hostelería refiere que está expuesto a estrés “siempre” o “casi siempre”.
- Los problemas de salud más frecuentes son: el cansancio general (48% de afectados), el dolor de espalda (46%), el dolor muscular de hombros, cuello y extremidades superiores (45%) y el dolor de extremidades inferiores (35%).
- El 41% de los trabajadores de hostelería afirman que, en los últimos 12 meses, han trabajado estando enfermos.
- Finalmente, preguntados los trabajadores por su grado de satisfacción con sus condiciones de trabajo en su principal trabajo remunerado, alrededor de una cuarta parte de los trabajadores de hostelería no están satisfechos (“no muy satisfecho” o “nada satisfecho”) con sus condiciones de trabajo.

3.3.8. Factores de riesgo por perfiles laborales

A continuación, en la tabla 4 se recogen los factores de riesgo y posibles daños para la salud para cada perfil laboral, a partir de los cuales se definirán los protocolos de vigilancia sanitaria a aplicar en cada perfil.

Para el perfil 6 denominado “Trabajador multipuesto”, los factores de riesgo y los posibles daños para la salud serían teóricamente todos los riesgos del resto de perfiles, ya que realiza todas las actividades descritas. Sin embargo, el riesgo real dependerá, además, del tiempo que dedica a cada tarea y, por tanto, del tiempo de exposición a cada factor de riesgo. Por ello, se deberán tener en cuenta los resultados de la evaluación de riesgos.

Tabla 4. Perfiles laborales y salud

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños
Gobernante/a o Encargado/a general.	LIMPIEZA Y PISOS	- Servicios generales de conservación y limpieza.	- Limpieza de habitaciones y de baños.	- Distancia y ubicación de la tarea.	- Posturas de trabajo forzadas flexión del tronco hacia delante, estiramientos, posturas de arrodillado....	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis, STC,...), varices...
Subgobernante/a o Encargado/a de sección.		- Atención al cliente en el uso de servicios.	- Limpieza de suelos.	- Suciedad.	- Exposición a detergentes, desengrasantes, desinfectantes (lejía) y disolventes (tolueno, xileno, esencia de trementina), mediante contacto y/o inhalación.	Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto).
Camarero/a de pisos.		- Preparación de zonas de trabajo.	- Mover camas y muebles, transportar equipos de trabajo.	- Productos de limpieza, irritantes, corrosivos... (desengrasantes, desinfectantes y disolventes).	- Dificultad de adaptar patrones alimentarios y de sueño.	Problemas respiratorios irritativos y/o alérgicos (asma, trastornos vías respiratorias superiores).
Auxiliar de pisos y limpieza.		- Servicios de lavandería.	- Pasar la aspiradora, limpiar ventanas, pasar la fregona.	- Ritmo de trabajo.	- Problemas para conciliar la vida familiar y social.	Alteraciones psicofisiológicas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación.
		- Servicios de lencería.		- Trabajo a turnos.		
		- Conservación de mobiliario y decoración.		- Horarios de trabajo no habituales.		

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo.

Tabla 4. Perfiles laborales y salud (continuación)

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños
Jefe/a de cocina. 2º/2ª Jefe/a de cocina. Jefe/a de catering. Jefe/a de partida. Cocinero/a. Repostero/a. Ayudante/a de cocina. Auxiliar de cocina. Ayudante/a de economato.	COCINA	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de preparación y elaboración de alimentos para consumo. - Adquisición, almacena-miento, conservación-administración de víveres y mercancias, Limpieza y conservación de útiles, maquinarias y zonas de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coger provisiones de gran tamaño. - Trabajar en cocinas con un mal diseño. - Trabajar en espacios pequeños. - Transportar paquetes de comida grandes, mover ollas y cacerolas, ordenar platos y vasos en los estantes. - Picar, cortar en tacos para preparar la comida y remover. - Lavado de platos. - Limpieza de equipos (freidoras, maquinaria, unidades de cocina). - Limpieza de desagües - Cocinar expuesto a vapores y humos. - Manipulación de alimentos contaminados. - Entrada a cámara frigoríficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Superficie de trabajo que obliga a mantener el cuello en flexión. - Distancia al lugar de la tarea que obliga a hiperextensiones. - Suciedad difícil. - Diseño del puesto de trabajo que obliga a permanecer la jornada de pie. - Altas temperaturas y bajas temperaturas - Productos de limpieza (desengrasantes). - Tareas cortas y repetitivas. - Alto volumen de trabajo en horas picos. - Turnicidad. - Ritmo impuesto por clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posturas mantenidas de flexión del cuello mientras se cocina. - Hiperextensiones de miembros superiores mientras se preparan comidas. - Bipedestación prolongada - Discomfort térmico. - Exposición a detergentes, desengrasantes, desinfectantes (lejía). - Dificultad de adaptar patrones alimentarios y de sueño. - Problemas para conciliar la vida familiar y social. 	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis, STC,...), varices... Quemaduras, problemas respiratorios. Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto). Problemas respiratorios irritativos y/o alérgicos (asma, trastornos vías respiratorias superiores). Alteraciones psicossomáticas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación.

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo.

Tabla 4. Perfiles laborales y salud (continuación)

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños
	CAMARERO/A					
Jefe/a de restaurante o sala. Segundo/a jefe/a de restaurante. Jefe/a de sector. Camarero/a. Baman/Bawoman. Sumiller/a. Ayudante de camarero/a. Supervisor de colectividades. Monitor/a o cuidador/a de colectividades. Auxiliar de colectividades. Jefe/a de operaciones de catering. Jefe/a de sala de catering. Supervisor/a de catering. Ayudante/a de equipo de catering. Preparador/a montador/a de catering. Auxiliar de preparador/a montador/a de catering. Supervisor/a de restauración moderna. Asistente/a o Preparador/a de restauración moderna. Ayudante/a de restauración moderna.	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de atención al cliente para el consumo de comida y bebida. - Almacenamiento y administración de mercaderías. - Preparación de servicios y zonas de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servir y preparar comidas. - Trabajar en espacios pequeños. - Llevar bandejas de servicio y platos de gran peso. - Mover mesas y sillas. - Transportar suministros del restaurante, bebidas y cajas. - Quitar, limpiar y montar las mesas. - Agitar cócteles y limpiar vasos. - Trabajar en barra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte de bandejas. - Carga física. - Bipedestación permanente detrás de una barra. - Ruido. - Humo de tabaco. - Sol (en camareros de terraza). - Turnicidad. - Horario nocturno. - Ritmo impuesto por clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperextensión forzada de la muñeca al transportar bandejas. - Levantamiento inadecuado de cargas. - Bipedestación prolongada. - Exposición a ruido**. - Exposición a humo de tabaco**. - Exposición solar**. - Dificultad de adaptar patrones alimentarios y de sueño. - Problemas para conciliar la vida familiar y social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis, STC,...), varicoses... - Alteraciones psicofisiológicas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación. 	

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo.

** en puestos específicos.

Tabla 4. Perfiles laborales y salud (continuación)

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños
<p>Jeje/a de recepción. 2º/2ª Jeje/a de recepción. Recepcionista. Telefonista. Conserje. Primer/a conserje. Auxiliar de recepción y conserjería. Conserje Ayudante de recepción y/o conserjería. Relaciones públicas.</p>	<p>RECEPCIÓN/ CONSERJERÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de venta de alojamiento y derivados. - Atención, animación, acceso-salida y tránsito de clientes. - Facturación y caja. - Telecomunicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en una oficina con mal diseño. - Trabajar en el ordenador estando de pie. - Transportar equipajes de gran volumen. - Usar el ratón y el teclado del ordenador. - Atención al cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carga física**. - Puesto de trabajo que obliga a permanecer de pie. - Diseño no ergonómico de las Pantallas de Visualización Datos. - Ritmo impuesto por clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en postura forzada (muñeca, cuello...) con Pantallas Visualización Datos - Levantamiento de cargas**. - Bipedestación prolongada**. - Problemas en las relaciones personales. - Problemas para conciliar la vida familiar y social. 	<p>Fatiga visual, fatiga física o muscular, fatiga mental o psicológica.</p> <p>Alteraciones psicósomáticas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación.</p>

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo.

** en puestos específicos

Tabla 4. Perfiles laborales y salud (continuación)

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños
Jefe/a de administración. Técnico/a de prevención de riesgos Laborales. Jefe/a comercial. Comercial. Administrativo/a. Ayudante administrativo/a. Encargado/a de economía. Gerente de centro de restauración Moderna. Jefe/a de servicios de catering. Encargado/a de mantenimiento y servicios auxiliares. Responsable de servicio de Servicios complementarios.	ADMINISTRACIÓN	- Administración y gestión en general. - Dar instrucciones. - Toma de decisiones.	- Trabajar en una oficina con mal diseño. - Trabajar con el ordenador. - Solución de problemas con trabajadores y con clientes.	- Necesidad de uso frecuente del ratón y teclado. - Diseño no ergonómico de las Pantallas de Visualización Datos. - Monotonía. - Escasa autonomía personal.	- Flexión dorsal y lateral mantenida de la muñeca. - Largas jornadas de trabajo con Pantallas Visualización Datos. - Relaciones interpersonales.	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis, STC,...), varices... Fatiga visual, fatiga física o muscular, fatiga mental o psicológica. Alteraciones psicósomáticas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación.

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo.

Tabla 4. Perfiles laborales y salud (continuación)

	Perfil laboral	Actividades principales	Tareas de mayor riesgo	Factores de riesgo*	Principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgos*	Posibles daños***
Trabajadores que realizan diferentes actividades, según el momento. Se suele dar principalmente en pequeñas empresas, a menudo de carácter familiar, en las que alternan labores de recepción, atención de mesas y habitaciones, limpieza e incluso cocina.	MULTI-PUESTO	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, almacenamiento, conservación-administración de viveres y mercancías. - Servicios de preparación y elaboración de alimentos para consumo. - Servicios de atención al cliente para el consumo de comida y bebida. - Preparación de servicios y zonas de trabajo. - Atención a clientes. - Facturación y caja. - Servicios generales de conservación y limpieza de útiles, maquinarias y zonas de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transportar provisiones de gran tamaño y/o peso: suministros del restaurante, cajas de bebidas. - Preparar comidas: trabajar en cocinas con un mal diseño, en espacios pequeños. Cocinar expuesto a vapores y humos... - Mover ollas y cacerolas, ordenar platos y vasos en los estantes. - Picar, cortar en tacos para preparar la comida y remover. - Limpieza: lavado de platos, de equipos (freidoras, maquinaria, unidades de cocina), de desagües. - Servir, llevar bandejas de servicio y platos de gran peso. - Mover mesas y sillas. - Mover camas y muebles, transportar equipos de trabajo. - Quitar, limpiar y montar las mesas. - Limpieza de habitaciones y de baños: limpieza de suelos, pasar la aspiradora, limpiar ventanas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de trabajo poco ergonómicas. - Carga física. - Largas jornadas de trabajo. - Altas temperaturas. - Ritmo impuesto por clientes. - Trabajo nocturno - Posturas forzadas. - Movimientos repetitivos. - Ruido**. - Humos y vapores - Humo de tabaco**. - Uso de PVDs. - Productos químicos, sobre todo de limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bipedestación prolongada. - Levantamiento de pesos. - Exposición a humos y vapores. - Disconfort térmico. - Posturas mantenidas de flexión del cuello mientras se cocina. - Hiperextensión forzada de la muñeca al transportar bandejas. - Hiperextensiones de miembros superiores. - Exposición a ruido**. - Dificultad de adaptar patrones alimentarios y de sueño. - Problemas para conciliar la vida familiar y social. - Exposición a humo de tabaco**. - Exposición a productos de limpieza, y contacto frecuente de las manos con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Varices en MMII. - Lesiones osteomusculares (tendinitis, tenosinovitis, STC,...). - Problemas psicosociales: alteraciones psicósomáticas, (ansiedad, depresión,...), problemas sociales y de relación. - Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto, irritativa, urticaria,...). - En caso de tiempo elevado de exposición a productos químicos, humos, vapores: Problemas respiratorios irritativos y/o alérgicos (asma, trastornos vías respiratorias superiores,...).

Fuente: V ACUERDO LABORAL DE ÁMBITO ESTATAL PARA EL SECTOR DE LA HOSTELERÍA

* Factores de riesgos ligados al puesto de trabajo. ** en puestos específicos

*** El riesgo, entendido como la probabilidad de que ocurra el daño, dependerá del tiempo de dedicación a cada una de las actividades del puesto, y por tanto del tiempo de exposición a los distintos factores de riesgo. En los trabajadores multipuesto pueden existir diferencias importantes en cuanto al tiempo de dedicación a cada una de las tareas descritas para el perfil. Las lesiones/trastornos musculoesqueléticos, las alteraciones psicósomáticas/trastornos psicológicos y los problemas cutáneos se consideran comunes al perfil, ya que son comunes a distintas tareas del mismo. Los problemas respiratorios se consideran en aquellos trabajadores que dediquen una parte importante de su actividad a tareas de cocina y limpieza.

4. Vigilancia de la salud

4.1. Vigilancia de la salud individual específica por perfiles laborales

En esta guía se establecen protocolos específicos para cada uno de los perfiles laborales definidos previamente, tomando como base los Protocolos de vigilancia sanitaria específica, aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Para su elaboración partimos de los riesgos y daños definidos en la sección 3 de este documento y que figuran en la tabla 4. Para aquellos riesgos para los que existe un Protocolo de vigilancia sanitaria específica se aplica éste (tabla 5). En el caso de no existir protocolo se recomienda la adopción de otras herramientas existentes, como por ejemplo el Cuestionario de Ansiedad-Depresión de Goldberg, para la detección de problemas de salud derivados de factores psicosociales. Los resultados de este cuestionario formarían parte, como todos los que fueran aplicados, de la historia clínica laboral que constituye un documento único e individual, confidencial, custodiado por el personal sanitario.

Tabla 5. Protocolos y recomendaciones aplicables por perfiles laborales

Perfiles laborales	Protocolos consejo interterritorial de salud							Recomendaciones	
	PVD	Dermatosis Laborales	Mov. repetitivos	Posturas forzadas	Manip. manual de cargas	Ruido	Asma	Psico-sociales	Circulatorio periférico
Limpieza y pisos		+	+	+	+			+	
Cocina		+	+	+	+	+/-	+	+	+
Camarero/a			+	+	+	+/-		+	+
Recepción/Conserjería	+		+	+	+/-			+	+/-
Administración	+		+	+				+	
Multipuesto	+/-	+	+	+	+	+/-	+	+	+

4.1.1. Examen de salud inicial

Para cada perfil laboral se definen los siguientes niveles:

- **Examen de salud básico.** Con el contenido mínimo del examen de salud inicial a realizar a todos los trabajadores comprendidos en cada perfil laboral. Incluye la historia laboral, la anamnesis, y las exploraciones básicas. En la anamnesis se incluyen cuestionarios de síntomas por considerar que es una herramienta eficaz para la detección precoz de enfermedades, tanto a nivel individual, como por su utilidad como herramienta para el análisis epidemiológico y como herramienta de screening. Su utilización puede ser autoadministrada o dirigida por el profesional sanitario. En la historia laboral se incluye un cuestionario de riesgos, para utilizar en el caso de no disponer de información de la evaluación de riesgos, que ha de ser la fuente principal de la información sobre riesgos en el puesto de trabajo, o para complementar esta información.
- **Exploraciones complementarias.** Se incluyen exploraciones a realizar en función de los hallazgos del examen de salud básico.
- **Exploraciones especiales.** Comprende dos tipos de exploraciones:
 - **Por riesgos específicos del puesto de trabajo.** Se incluyen aquellas exploraciones necesarias ante riesgos que no son comunes a todo el perfil laboral, pero que pueden afectar a algún puesto de trabajo del mismo. Un ejemplo sería la exposición a ruido en camareros de discoteca.
 - **Por características propias del trabajador, incluyendo trabajadores especialmente sensibles.** Estas exploraciones se realizarán a criterio del facultativo. En cada perfil laboral se incluyen a modo de ejemplo algunas de estas exploraciones que pueden ser necesarias.

A continuación, en la tabla 6 se resumen los protocolos establecidos para cada perfil laboral. En el anexo I se incluyen las historias clínico-laborales de cada perfil laboral.

Tabla 6. Resumen protocolos						
Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		HISTORIA LABORAL	Exploraciones		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
LIMPIEZA Y PISOS	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis...), Síndrome del túnel carpiano. Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto, urticaria,...).	HISTORIA LABORAL ANAMNESIS • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR -DERMATOLÓGICO GICO -RESPIRATORIO -PSICOSOCIAL	DATOS BIOMÉTRICOS Y TA SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica. PIEL: Inspección general TÓRAX Y CARDIORESPIRATORIA: Inspección morfológica. Auscultación cardiaca y respiratoria. Espirometría basal (en el examen de salud periódico se realizará como exploración complementaria).	Exploración osteomuscular específica. TEST DE BRONCODILATACIÓN (Ante sospecha de hiperreactividad bronquial). MEDICIÓN SERIADA DE PICO-FLUJO ESPIRATORIO (Ante hiperreactividad bronquial).	Ante trabajos a distinto nivel: Exploración neurológica del equilibrio y coordinación motora. Ante exposición al ruido (p.ej. lavandería): Otoscopia. Audiometría.	A criterio médico y en función de características propias del trabajador se podrían realizar determinadas exploraciones especiales como: Analítica básica, exploración oftalmológica básica o exploración vascular, miembros inferiores (MMII).

Tabla 6. Resumen protocolos (continuación)

Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		HISTORIA LABORAL	Exploraciones		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
COCINA	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis...) Síndrome del túnel carpiano.	HISTORIA LABORAL	DATOS BIOMETRICOS Y TA	Exploración osteomuscular específica.	<p>Ante trabajos a distinto nivel: Exploración neurológica del equilibrio y coordinación motora.</p> <p>Ante exposición al ruido: Otoscopia. Audiometría.</p>	<p>A criterio médico y en función de características propias del trabajador se podría realizar determinadas exploraciones especiales como: Análítica básica, exploración oftalmológica básica y exploración neurológica.</p>
	Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto, irritativa, urticaria).	ANAMNESIS <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR -DERMATOLÓGICO -RESPIRATORIO -PSICOSOCIAL	SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica.			
	Quemaduras, problemas respiratorios.		PIEL: Inspección general			
	Problemas respiratorios irritativos y/o alérgicos (asma, trastornos vías respiratorias superiores).		TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA: Inspección morfológica. Auscultación cardíaca y respiratoria.	TEST DE BRONCODILATACIÓN (Ante sospecha de hiperreactividad bronquial).		
	Alteraciones psicofísicas, problemas psicológicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación.		Espirometría basal (en el examen de salud periódico se realizará como exploración complementaria).	MEDICIÓN SERIADA DE PICO-FLUJO ESPIRATORIO (Ante hiperreactividad bronquial).		

Tabla 6. Resumen protocolos (continuación)

Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		Exploraciones	Exploraciones		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
CAMARE-RO/A	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis,...) Síndrome del túnel carpiano, varices. Alteraciones psicossomáticas, problemas psíquicos (ansiedad, depresión,...), problemas sociales y de relación.	HISTORIA LABORAL	DATOS BIOMÉTRICOS Y TA	Exploración osteomuscular específica.	Ante exposición a humo y vapores: TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA: Inspección morfológica. Auscultación cardiaca y respiratoria. ESPIROMETRÍA BASAL.	Ante manipulación de monedas , en trabajadores especialmente sensibles (dermatitis de contacto por metales): EXPLORACIÓN DERMATOLÓGICA
		ANAMNESIS <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR -S. CIRCULATORIO PERIFÉRICO -PSICOSOCIAL	SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica. DINAMOMETRÍA			
			SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO: Inspección general vascular de MMII.		Ante exposición a ruido: Otoscopia. Audiometría.	

Tabla 6. Resumen protocolos (continuación)

Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		Historia Laboral	Exploraciones		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
RECEPCIÓN/ CONSERVACIÓN	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis,...) Síndrome del túnel carpiano, varices. Fatiga visual, fatiga física o muscular, fatiga mental o psicológica. Alteraciones psicossomáticas, problemas psíquicos (ansiedad, depresión,...), problemas sociales y de relación.	HISTORIA LABORAL ANAMNESIS • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR -S. CIRCULATORIO PERIFÉRICO -PVDs -PSICOSOCIAL	DATOS BIOMÉTRICOS Y TA SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica. SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO: Inspección general vascular de MMII. OFTALMOLÓGICA Inspección. Agudeza visual.	Exploración osteomuscular específica. Pruebas funcionales: -Maniobra de Trendelenburg. -Maniobra de Perthes. -Claudicación.	Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles A criterio médico y en función de características propias del trabajador se podría realizar determinadas exploraciones especiales como una analítica básica. Tonometría (si es >40 años, remisión oftalmólogo, ante miopía o antecedentes familiares de glaucoma).

Tabla 6. Resumen protocolos (continuación)

Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		Exploraciones	Exploraciones		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
ADMINISTRACIÓN	Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (tendinitis, tenosinovitis,...) Síndrome del túnel carpiano.	HISTORIA LABORAL	DATOS BIOMÉTRICOS Y TA		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
	Fatiga visual, fatiga física o muscular, fatiga mental o psicológica. Alteraciones psicossomáticas, problemas psíquicos (ansiedad, depresión,...), problemas sociales y de relación.	ANAMNESIS <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR -PVDs -PSICOSOCIAL	SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica.	Exploración osteomuscular específica.		

Tabla 6. Resumen protocolos (continuación)

Perfil laboral	Posibles daños	Examen de salud básico		Exploración Complementaria (En función de hallazgos en el examen de salud básico)	Exploraciones especiales	
		Exploraciones	Examen de salud básico		Por riesgos específicos del puesto de trabajo	Por características propias del trabajador. Trabajadores sensibles
MULTI-PUESTO	Lesiones/Trastornos músculo esqueléticos (tendinitis, tenosinovitis...) Síndrome del túnel carpiano, varices. Alteraciones psicossomáticas, problemas psíquicos (ansiedad, depresión...), problemas sociales y de relación. Problemas cutáneos, irritativos y/o alérgicos (dermatitis de contacto, irritativa, urticaria,...). En caso de elevado tiempo de exposición a productos químicos, humos, vapores: Problemas respiratorios irritativos y/o alérgicos (asma, trastornos vías respiratorias superiores).	HISTORIA LABORAL	DATOS BIOMÉTRICOS Y TA	Exploración osteomuscular específica.	Ante exposición a humo de tabaco, tiempo de exposición elevado a productos de limpieza o humos y vapores (más de 4 horas/día): TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA: Inspección morfológica. Auscultación cardiaca y respiratoria. ESPIROMETRÍA BASAL	A criterio médico y en función de características propias del trabajador se podría realizar determinadas exploraciones especiales como: Análítica básica, exploración oftalmológica básica y exploración neurológica.
		ANAMNESIS • Antecedentes • Situación actual • Cuestionarios de síntomas: -OSTEOMUSCULAR LAR -DERMATOLÓGICO -RESPIRATORIO -PSICOSOCIAL	SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica. DINAMOMETRÍA			

4.1.2. Examen de salud periódico

El examen de salud periódico se iniciará con el cuestionario de salud que se incluye en el anexo II. El objetivo del cuestionario es verificar, de manera sencilla, si ha habido algún cambio en el estado general de salud del trabajador o algún cambio en las condiciones de su puesto de trabajo para orientar el examen de salud. A continuación, se realizarán las exploraciones correspondientes a cada perfil laboral, según están descritas en la tabla 6, con las especificidades que se indican en dicha tabla para los exámenes de salud periódicos.

4.1.3. Trabajadores especialmente sensibles. Menores de edad

La LPRL¹, en su artículo 25 establece que el empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. En su artículo 27, sobre “Protección de los menores”, prevé que en la evaluación de riesgos se tendrá especialmente en cuenta “los riesgos específicos para la seguridad, la salud y el desarrollo de los jóvenes derivados de su falta de experiencia, de su inmadurez para evaluar los riesgos existentes o potenciales y de su desarrollo todavía incompleto”.

Por su parte, el Reglamento de los Servicios de Prevención² dispone que el personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.

En esta guía se contempla la realización de exploraciones especiales, por especial sensibilidad del trabajador (apartado 4.1.1 y tabla 6). Además, para establecer la periodicidad de los exámenes de salud se tiene en cuenta la edad del trabajador considerando que los menores de edad requieren una mayor vigilancia (apartado 4.3).

Se debe tener en cuenta que la Directiva 94/33/CE del Consejo, relativa a la protección de los jóvenes en el trabajo, establece como norma general que los menores de 18 años no deben realizar tareas que superen sus capacidades físicas o mentales, les expongan a sustancias tóxicas o cancerígenas, les expongan a radiaciones, impliquen temperaturas extremas, ruido o vibraciones o conlleven riesgos que es improbable que reconozcan o eviten debido a su falta de experiencia o formación o su insuficiente atención a la seguridad laboral²².

La legislación española establece limitaciones de horarios a través del Estatuto de los Trabajadores²³. Los menores de 18 años no podrán trabajar en horario nocturno (cuando al menos tres horas de la jornada de trabajo se desarrollen entre las diez de la noche y las seis de la mañana), realizar horas extraordinarias, ni tampoco prestar servicios en puestos de trabajo declarados insalubres, penosos o nocivos que puedan afectar de forma directa o indirecta a su desarrollo. Además, de la ampliación del descanso en jornada continuada que será de media hora y la duración del descanso semanal.

4.2. Valoración de resultados

4.2.1. Valoración clínica y relación con el trabajo

Al finalizar el examen de salud debe realizarse una valoración clínica de los resultados y, en caso de detectar alteraciones, estudiar su relación con la actividad laboral. Ello es imprescindible, tanto para establecer recomendaciones individuales, como recomendaciones sobre el puesto de trabajo y para poder realizar la vigilancia de la salud colectiva.

Valoración clínica

Se realizará teniendo en cuenta los resultados de la anamnesis, de los cuestionarios de síntomas y de las exploraciones realizadas. Se establecen, con carácter general, 3 categorías para clasificar los resultados de la vigilancia de la salud:

0. Ausencia de síntomas y signos
1. Presencia de síntomas, sin positividad de las maniobras exploratorias: CASO POSIBLE
2. Presencia de síntomas y/o positividad de alguna maniobra exploratoria: CASO PROBABLE
3. Con diagnóstico de certeza: CASO CONFIRMADO

Valoración de la relación con el trabajo

Ante caso posible, probable o confirmado, como resultados de las valoraciones clínicas, se deberá valorar la relación de los mismos con la actividad laboral. Para su clasificación se tendrán en cuenta criterios de exposición, temporalidad, la existencia de relación entre la sintomatología y la actividad laboral y la existencia de factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad. El proceso de decisión se hará según el procedimiento establecido en la figura 1. Se establecen 4 categorías:

Daño derivado del trabajo. (Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo). Se clasificarán como daños derivados del trabajo aquellas lesiones o enfermedades en las que se cumplan los siguientes criterios:

- Criterio de exposición: Existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño.
- Criterio de temporalidad: La exposición laboral causal considerada es anterior a la aparición de la lesión o enfermedad. En su caso, el tiempo de exposición o periodo de latencia es compatible.
- Aunque existan factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad, ninguno de ellos ha actuado claramente como desencadenante.

Daño agravado por el trabajo

Se clasificarán como daños agravados por el trabajo aquellas lesiones o enfermedades que no cumplen los criterios anteriores, pero existe una exposición laboral que produce un agravamiento de los síntomas o enfermedad.

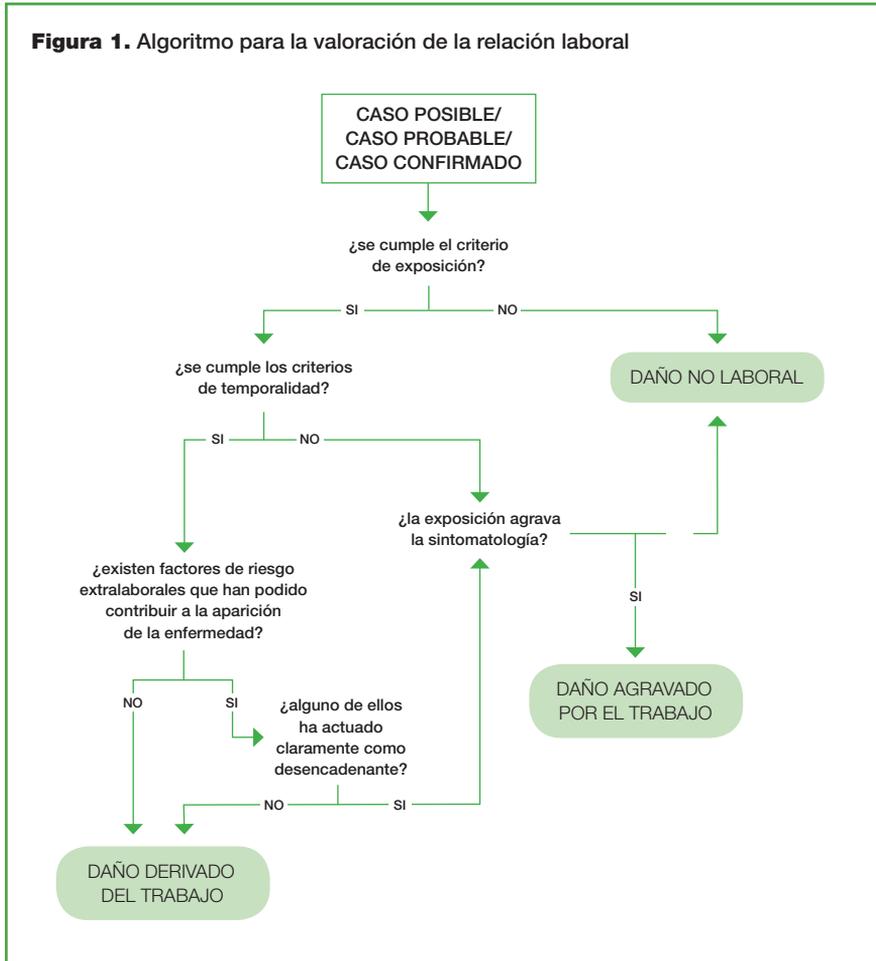
Daño no laboral

Se clasificarán como daño no laboral aquellas lesiones o enfermedades que no cumplen los criterios para clasificarlas ni como daño derivado del trabajo ni como daño agravado por el trabajo, y existe información sobre posibles factores causales no laborales.

No clasificable

No se dispone de elementos suficientes para clasificar el daño.

Figura 1. Algoritmo para la valoración de la relación laboral



4.2.2. Valoración de la aptitud. Criterios para la comunicación de las conclusiones que se deriven de la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras

De acuerdo con el artículo 22 de la LPRL, se deberán establecer las conclusiones que se deriven de los exámenes de salud, en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención.

Las conclusiones de la vigilancia de la salud, desde una perspectiva de prevención de riesgos laborales, deben ir encaminadas a permitir que el empresario o la empresaria y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva. Por lo tanto, la comunicación de resultados en forma de recomendaciones preventivas derivadas de los hallazgos de la vigilancia de la salud, es la forma preferente de hacerlo.

El Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional (CISO/ICO 2002) establece que los trabajadores deben ser informados sobre la posibilidad de impugnar las conclusiones sobre su aptitud para el trabajo cuando resulten contrarias a sus propios intereses. Por lo tanto, se deberá establecer un procedimiento de apelación para tal fin.

Criterios de valoración y comunicación de la aptitud para el trabajo

Cuando sea necesario, el o la médico del trabajo, además de informar a la persona interesada, también puede informar al empresario o a la empresaria y a las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención, mediante un informe de aptitud. Para ello, se utilizará la siguiente clasificación:

Apto: la persona que trabaja podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación, persona especialmente sensible: la persona trabajadora podrá desempeñar su tarea habitual mediante la adopción de medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales.

B.1. Adaptativos: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

En caso de que las medidas de adaptación no sean posibles se seguirá el criterio de actuación siguiente:

1. Cambio de puesto de trabajo.
2. Indicar si se precisa alguna otra adaptación para el nuevo puesto de trabajo.

3. En el caso de que no exista en la empresa un puesto compatible podrá orientarse de forma justificada hacia el trámite de Incapacidad Permanente.

Con estas informaciones siempre hay que preservar la intimidad y no posibilitar la discriminación. En el caso de las medidas de adaptación personales solo serán facilitadas al trabajador.

No apto para el puesto de trabajo actual: cuando no sea posible una adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño a la salud del/a trabajador/a o de terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

En este caso se seguirá el criterio de actuación del apartado anterior, empezando por cambio de puesto de trabajo.

Pendiente de calificación: calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto. En este caso, si no cursa con baja médica, y por tanto continúa en su puesto de trabajo habitual, se informará si el trabajador puede desarrollar normalmente las tareas de su puesto, o bien facilitar información que permita la modificación o adopción de medidas preventivas complementarias por parte de los responsables en materia preventiva, hasta la culminación del estudio o vigilancia médica.

Estos dictámenes médicos pueden contribuir de manera importante a la toma de decisiones directivas sobre la continuidad o no en el puesto de trabajo de cada trabajador o la modificación para la mejora de las condiciones de trabajo o adaptaciones cuando sea necesario.

Se propone que, cuando sea posible, se utilice una clasificación de los hallazgos de los exámenes de salud por grupos para facilitar el proceso de emisión de conclusiones sobre la aptitud preservando la confidencialidad. Muchas veces es suficiente para que se puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

4.3. Periodicidad de la vigilancia de la salud

La periodicidad mínima se determinará teniendo en cuenta la valoración del riesgo del puesto de trabajo, los resultados de la vigilancia de la salud, la aptitud, la edad del trabajador, y, en su caso, la existencia de una norma que establezca la periodicidad mínima.

Se aplica un sistema de puntuación y en función de los resultados se establece una periodicidad mínima, así el siguiente examen de salud será a los 3 años, al año y antes de un año (tabla 7). Los términos periodicidad trienal y anual han de entenderse como plazos flexibles, dentro de un margen máximo de 3 meses.

Para la valoración del riesgo del puesto de trabajo se utilizará la incluida en la evaluación de riesgos de la empresa. Se toma como referencia la clasificación del riesgo propuesta por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en los documentos “Guías para la acción preventiva. Restaurantes, bares y cafeterías” y “Evaluación de Riesgos Laborales”^{24,25}. La valoración del daño detectado y de la aptitud se corresponde con las definiciones dadas en los apartados 4.2.1. y 4.2.2., respectivamente, en esta Guía. En el caso de existencia de varios daños, se tendrá en cuenta, al igual que en la valoración del riesgo, el de mayor puntuación. En ella se clasifican los riesgos en 5 categorías: trivial, tolerable, moderado, importante e intolerable, teniendo en cuenta la severidad del daño y la probabilidad de que este ocurra. Para establecer la periodicidad se descarta la categoría de intolerable, ya que ante esta situación se recomienda no comenzar o no continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Se añade la categoría de no clasificado, para aquellos casos en que en la evaluación de riesgo no conste la clasificación del riesgo, ni pueda deducirse de la información disponible. En este caso, se le asigna un punto en la escala de puntuación, con lo que la periodicidad del reconocimiento sería como mínimo anual. Se tendrán en cuenta solo los riesgos susceptibles de vigilancia de la salud y, en caso de distinta categoría de clasificación para los diferentes riesgos del puesto de trabajo, se tomará el riesgo con una clasificación mayor.

Las 4 categorías de riesgo utilizadas en esta Guía se corresponden con las siguientes definiciones:

Riesgo trivial:

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter leve (Ej. dolor de cabeza, disconfort) y la probabilidad de que ocurra es baja (el daño ocurrirá raras veces).

Riesgo tolerable:

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter leve (Ej.: dolor de cabeza, disconfort) y la probabilidad de que ocurra es media (el daño ocurrirá en algunas ocasiones), o

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter grave (Ej. hipoacusia, asma, trastornos musculoesqueléticos, dermatitis) y la probabilidad de que ocurra es baja (el daño ocurrirá raras veces).

Riesgo moderado:

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter leve (Ej. dolor de cabeza, disconfort) y la probabilidad de que ocurra es alta (el daño ocurrirá siempre o casi siempre), o

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter grave (Ej.: hipoacusia, asma, trastornos musculoesqueléticos, dermatitis) y la probabilidad de que ocurra es media (el daño ocurrirá en algunas ocasiones), o

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter muy grave (Ej.: intoxicaciones) y la probabilidad de que ocurra es baja (el daño ocurrirá raras veces).

Riesgo importante:

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter grave (Ej.: hipoacusia, asma, trastornos musculoesqueléticos, dermatitis) la probabilidad de que ocurra es alta (el daño ocurrirá siempre o casi siempre) o

El posible daño derivado de la exposición al factor de riesgo es de carácter muy grave (Ej.: cáncer) y la probabilidad de que ocurra es media (el daño ocurrirá en algunas ocasiones).

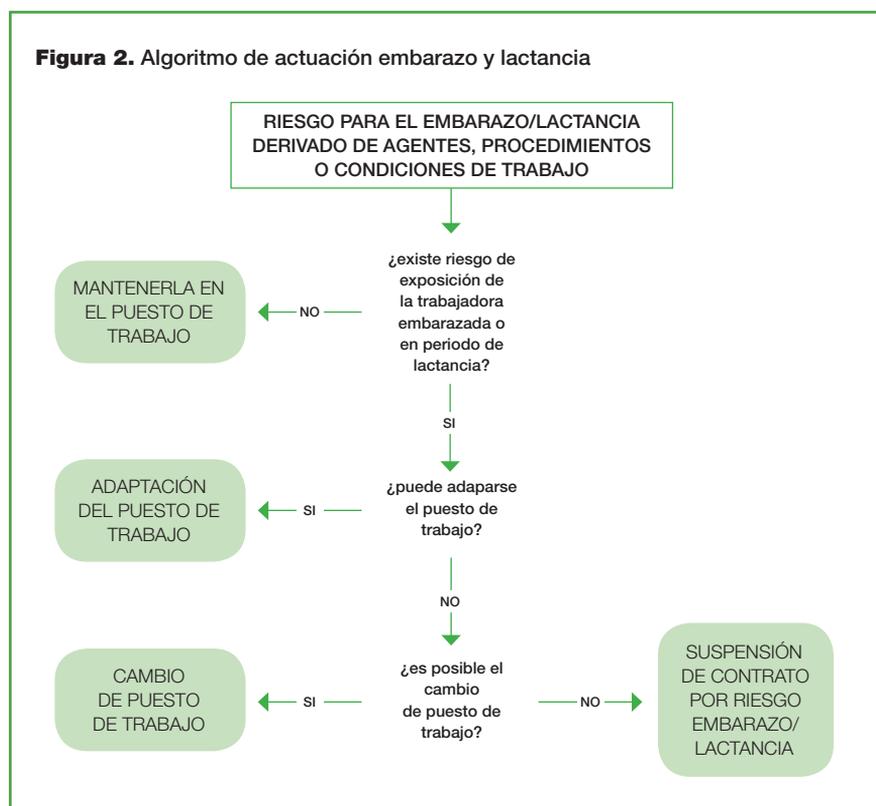
La valoración del daño detectado y de la aptitud se corresponde con las definiciones dadas en los apartados 4.2.1 y 4.2.2, respectivamente, de esta Guía. En el caso de existencia de varios daños, se tendrá en cuenta, al igual que en la valoración del riesgo, el de mayor puntuación.

Tabla 7. Periodicidad de la vigilancia de la salud	
EDAD	PUNTUACIÓN
< 18 AÑOS	1
18-45 AÑOS	0
> 45 AÑOS	1
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO	
TRIVIAL/TOLERABLE	0
MODERADO	1
IMPORTANTE	2
NO CLASIFICADO	1
DAÑO DETECTADO EN RELACIÓN CON EL TRABAJO (provocado o agravado)	
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3
APTITUD	
APTO	0
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)	
SIN INDICACIÓN	0
CON INDICACIÓN	1
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	
TRIENAL	0
ANUAL	1-4
INFERIOR A UN AÑO	5 o más

4.4. Vigilancia de la salud durante el embarazo y la lactancia

El sistema reproductivo de los hombres y mujeres particularmente vulnerable a los potenciales efectos de las exposiciones a determinados agentes nocivos. Algunas sustancias o agentes físicos, químicos, biológicos o de naturaleza ergonómica y psicosocial, existentes en algunos lugares de trabajo, pueden afectar a la salud reproductiva de las mujeres y los hombres, así como al producto de la gestación²⁶. Aunque, con la información disponible del sector de la hostelería, la exposición a este tipo de factores de riesgo no es frecuente.

La protección la mujer embarazada o que haya dado a luz recientemente viene recogida de forma específica en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, como una de las obligaciones empresariales de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. El artículo 26, en su nueva redacción dada por la Ley 39/1999 de conciliación de la vida laboral y familiar²⁷, y por la Ley 3/2007 para la igualdad efectiva de hombres y mujeres²⁸, establece las medidas que, en el ámbito de la empresa, deben llevarse a cabo para garantizar esta protección y que, de forma resumida, pueden verse en la figura 2. El Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, regula las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural²⁹.



Por su parte, el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997) establece, en su artículo 37, que el personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente y propondrá las medidas preventivas adecuadas.

El Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, incluye en su anexo VII una lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural y en su anexo VIII, una lista no exhaustiva de agentes y condiciones de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural³⁰.

La Comunicación COM (2000)466 de la Comisión de las Comunidades Europeas establece directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, como desarrollo de la Directiva 92/85/CEE del Consejo.

En la tabla siguiente (tabla 8), se recogen los riesgos más frecuentes para el embarazo y lactancia que se pueden encontrar en el sector de Hostelería. Se incluyen también las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT)^{32,33}.

Tabla 8

		La mujer embarazada deberá interrumpir su actividad laboral*: (Suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo y/o lactancia)	
RIESGOS	PUESTOS DE TRABAJO	A.M.A.T	S.E.G.O
Ruido	COCINA / CAMARERO/A (discoteca...)	Ante valores superiores a 80 Laeq dB (A), con nivel pico máximo de 135 dB (C), desde la semana 22.	Ante condiciones de ruido excesivo (más de 80 dB) a partir de la semana 20 o 22**.
Temperaturas extremas	COCINA	Ante trabajos en interior, sometidos a temperaturas extremas, o cambios bruscos de temperatura, desde conocer su estado de gravidez.	Ante condiciones de temperatura extrema (por encima de 36° C e inferiores a 0° C) desde el inicio de la gestación.
Productos químicos	COCINA / PERSONAL DE LIMPIEZA Y PISOS	Ante la exposición a sustancias consideradas perjudiciales para la función reproductora humana desde que se conoce su estado de gravidez **.	Ante la utilización de alguna de las sustancias identificadas como de riesgo una vez confirmado el embarazo***.
Manejo repetitivo de pesos, arrastre y empuje de cargas	COCINA / CAMARERO/A / PERSONAL DE LIMPIEZA Y PISOS / RECEPCIÓN	Ante cargas de más de 10Kg y como mínimo 12v/día, desde la semana 24.	Ante cargas de pesos repetidas (4 o más veces por turno de 8 horas), más de 10 Kg, desde la semana 18.
Subir/bajar escaleras	SEGÚN EVALUACIÓN DE RIESGOS	Cuando sea repetitivo (4 o más veces por turno), desde la semana 28.	Cuando sea repetitivo (4 o más veces por turno de 8 horas), desde la semana 26.
Flexión del tronco	COCINA / CAMARERO/A / PERSONAL DE LIMPIEZA Y PISOS	Cuando sea de forma repetitiva, más de 10 veces/hora y se trabaje en cuclillas en de forma prolongada (> 50% de la jornada), desde la semana 20.	Cuando se den situaciones repetitivas de pararse con inclinaciones por debajo de la rodilla, (más de 10 veces/hora), desde la semana 18.
Bipedestación prolongada	RECEPCIÓN / COCINA/ CAMARERO/A	Cuando sea más de 4h/jornada, desde la semana 24.	Cuando sea de forma prolongada (más de 4 horas al día), desde la semana 22.
Bipedestación intermitente	RECEPCIÓN / CAMARERO/A / PERSONAL DE LIMPIEZA Y PISOS	Cuando sea más de 30m/h, desde la semana 32.	Cuando sea de forma intermitente (más de 30 minutos/hora), desde la semana 30.

Fuente: Elaboración propia

* En caso de no ser posible la adaptación o el cambio de puesto de trabajo.

** Pendiente de la revisión de estas recomendaciones SEGO. La evidencia sobre la asociación de la exposición al ruido con la aparición de distonías auditivas en el niño que va a nacer no es concluyente y la confianza en la evidencia disponible es muy baja. Sin embargo, dado que el bien a proteger es la salud del niño, se considera oportuno evitar la exposición de la mujer embarazada al ruido laboral de baja frecuencia y elevada intensidad (>85 dBA) a partir de la semana 24 de embarazo, con la finalidad de prevenir posibles efectos en la audición del niño que va a nacer (recomendación de buena práctica).

***Productos etiquetados con las frases de riesgo: H360F (puede perjudicar la fertilidad), H360D (riesgo durante el embarazo de efectos adversos para el feto), H360DF (posible riesgo de perjudicar la fertilidad), H361d (posible riesgo durante el embarazo de efectos adversos para el feto) H362 (puede perjudicar a los niños alimentados con leche materna), H340 (puede causar alteraciones genéticas hereditarias), H350 (pueden causar cáncer) y H350 (puede causar cáncer por inhalación).

4.5. Vigilancia de la salud colectiva

El artículo 37 del Real Decreto 39/1997, establece que el personal sanitario del servicio de prevención deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

La vigilancia de la salud colectiva es imprescindible para poder valorar la importancia de los efectos de los riesgos laborales, su frecuencia, gravedad y tendencia, para establecer hipótesis causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos, priorizar actividades de prevención y evaluar la efectividad de estas medidas²⁰.

4.5.1. Fuentes de información. Utilidad y limitaciones

En la tabla 9, se recogen las principales fuentes de información sobre el estado de salud de los trabajadores y los indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva. Proporcionan información sobre distintos aspectos de la salud de los trabajadores y son complementarias. Sin embargo, en la práctica pueden existir ciertas limitaciones para el acceso a los datos o para la obtención de los indicadores.

La vigilancia de la salud individual constituye la principal fuente de información sobre el estado de salud de los trabajadores. Permite obtener información sobre detección precoz de daño laboral, así como sobre morbilidad percibida por los trabajadores, a través de los cuestionarios de síntomas. Sus limitaciones son analizadas en el apartado 4.5.2.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tanto los que cursan con baja como sin baja, son la principal fuente de información sobre daño laboral establecido, y reconocido como tal. La vigilancia de la salud colectiva de los trabajadores debería incluir un análisis anual de la siniestralidad en la empresa, así como de las enfermedades profesionales y de su evolución. Ello permitirá conocer las principales fuentes de siniestralidad de la empresa para establecer planes de actuación, independientemente de la investigación de cada uno de los accidentes o de las enfermedades que se produzcan.

El estudio de las IT por enfermedad común puede proporcionar información sobre daño laboral no reconocido y resulta imprescindible para la detección de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo. Sin embargo, en la actualidad esta información no está accesible para la mayoría de los servicios de prevención, lo que limita su explotación sistemática.

Finalmente, ante la sospecha de determinados problemas de salud en la empresa pueden realizarse investigaciones específicas, como encuestas de salud.

Tabla 9. Fuentes de información e indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva

DATOS	Utilidad	INDICADORES
Accidentes de trabajo	Daño laboral reconocido como AT.	Índice de incidencia: Nº de accidentes ocurridos en un periodo/nº de trabajadores durante ese mismo periodo. Índice de frecuencia: nº de bajas/nº de horas trabajadas. Índice de gravedad: número de días no trabajados por accidentes trabajo/nº horas trabajadas por los trabajadores expuestos al riesgo.
Enfermedades profesionales	Daño laboral reconocido como EP.	Incidencia= nº de casos nuevos durante un periodo de tiempo/nº de personas expuestas al riesgo durante el periodo. Prevalencia= nº de casos existentes en un momento determinado/nº de trabajadores en ese momento.
IT por enfermedad común	Daño laboral no reconocido. Detección de nuevas enfermedades.	Prevalencia= nº de trabajadores ausentes en un momento determinado por IT por enfermedad común/nº de trabajadores durante ese momento Índice de frecuencia= nº de bajas/nº de horas trabajadas.
Vigilancia de la salud individual	Detección precoz daño laboral.	Incidencia= nº de casos nuevos durante un periodo de tiempo/nº de personas expuestas al riesgo durante el periodo. Prevalencia= nº de casos existentes en un momento determinado/nº de trabajadores en ese momento.
Encuestas de salud	Morbilidad percibida por los trabajadores.	

4.5.2. Análisis epidemiológico de los datos procedentes de la vigilancia de la salud individual

La vigilancia de la salud individual constituye una fuente de información de especial interés para la prevención de riesgos laborales, ya que proporciona información sobre morbilidad percibida por los trabajadores y sobre daño laboral precoz. La vigilancia de la salud colectiva debería permitir conocer los cambios en la incidencia para poder valorar el estado de salud

de la colectividad en la empresa. Sin embargo, existen una serie de características de la vigilancia de la salud que, unidas a las particularidades del sector de la hostelería, dificultan la obtención de la información necesaria, así como la correcta interpretación de la misma. Un análisis del conjunto de los datos de todo el sector podría paliar algunas de estas cuestiones, entre las que destacan:

- El tamaño de las empresas: En el sector de hostelería predominan las empresas de pequeño tamaño, lo que dificulta el análisis estadístico de la información. En las grandes empresas que aglutinan trabajadores de varios centros de trabajo, hay que tener en cuenta que los riesgos pueden ser diferentes según el centro de trabajo, por lo que la unidad de análisis debería ser el centro de trabajo.
- La temporalidad y rotación del personal: Se trata, por lo general, de un sector muy dinámico con una alta temporalidad y gran rotación de personal dentro del sector. Ello dificulta poder atribuir el problema de salud detectado al trabajo realizado en la empresa actual, así como la comparabilidad de los resultados entre los distintos años.
- La voluntariedad y la periodicidad de la vigilancia de la salud. En general, la cobertura de la vigilancia de la salud no alcanza al 100% de los trabajadores, ya que al no ser obligatoria, aunque las empresas ofrezcan su realización, en la práctica muchos trabajadores no acuden. Ello, unido a las variaciones en la periodicidad, vuelve a dificultar la comparabilidad temporal de los resultados, ya que no se tiene la certeza de que los trabajadores que un año acuden sean los mismos que acuden el siguiente.
- En muchas ocasiones será complicado determinar, con la información que nos refiere el trabajador, si es un fenómeno incidente o prevalente y solo seremos capaces de conocer la prevalencia de determinadas procesos. En todo caso, la prevalencia nos suministra información relevante sobre el estado de salud de los trabajadores de la empresa que han pasado por vigilancia de la salud.
- La vigilancia de la salud de los trabajadores es un proceso continuo que, en ocasiones y en función de la empresa (principalmente por su tamaño, sus características y su dispersión), puede alargarse en el tiempo. Además, la programación anual no necesariamente coincide con un año natural. Por tanto, dado que para el cálculo de los indicadores es deseable que se considere el periodo de un año, el Servicio de Prevención debería poder elegir el momento en el cual considere que el ciclo anual que tiene programado haya finalizado, siendo éste

el periodo temporal de referencia. De esta manera, la información recogida y analizada se referirá a un año (que no necesariamente ha de ser un año natural), permitiendo la comparación en periodos sucesivos.

En las tablas 10 y 11 se propone la recogida de unos datos básicos y el cálculo de una serie de indicadores. Los datos pueden ser recogidos a partir de las valoraciones clínicas y su relación con el trabajo y las valoraciones de aptitud, definidas en esta Guía. Las aplicaciones informáticas de los servicios de prevención deberían incluir la recogida sistemática de los datos y el cálculo de los indicadores. Los indicadores propuestos se establecen como orientación. La necesidad de cálculo de algunos indicadores estaría justificada cuando el volumen de trabajadores y/o reconocimientos es suficientemente grande. En empresas pequeñas, el contaje podría ser suficiente e incluso puede ser más útil vigilar la aparición de determinadas alteraciones (incidencia) relacionadas o agravadas por el trabajo. Esta circunstancia tampoco ha de obviarse en empresas de mayor tamaño: la detección de alteraciones relacionadas o agravadas por el trabajo siempre serán motivo de alerta y objeto de investigación. Por otra parte, en empresas grandes podrían plantearse estudios más amplios.

El cálculo de indicadores para la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores solo debería incluir los resultados de los exámenes de salud periódicos. Los exámenes de salud iniciales, si bien son la base para los periódicos, no deberían formar parte del análisis, ya que las alteraciones encontradas no estarían relacionadas con la empresa.

Por último, insistir en que las tablas siguientes permiten orientar sobre unos mínimos comunes de vigilancia de la salud colectiva, que deben ser adaptados a cada empresa.

Son tablas que se proponen como ejemplos; el análisis de los datos debe hacerse para toda la población (trabajadoras y trabajadores), y también para mujeres y para hombres, desagregado por sexo, por tipo de contrato, dedicación horaria y teniendo en cuenta a los colectivos más vulnerables, como personas con discapacidad o inmigrantes.

Tabla 10. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos

	PERFIL LABORAL						TOTAL
	LIMPIEZA Y PISOS	COCINA	CAMARERO/A	RECEPCIÓN-CONSERJERÍA	ADMINISTRACIÓN	MULTIPUESTO	
Número total de trabajadoras y trabajadores (personas que trabajan)							
Nº de exámenes de salud previstos							
Nº de exámenes de salud realizados							
Nº aptos y aptas							
Nº aptos y aptas condicionados							
Nº no aptos y no aptas							
Nº de pendientes de calificación DE LA APTITUD							
Nº de personas que trabajan con alguna alteración detectada (posible, probable o confirmada)							
Nº de personas que trabajan con alguna alteración detectada confirmada							
Nº de personas que trabajan con alguna alteración (posible, probable o confirmada) producida por el trabajo							
Nº de personas que trabajan con alguna alteración confirmada producida por el trabajo							

Tabla 10. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (continuación)

PERFIL LABORAL: LIMPIEZA Y PISOS	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
VALORACIÓN									
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
PSICOSOCIAL									
PERFIL LABORAL: COCINA	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL									
PERFIL LABORAL: CAMARERO/A	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL									

Tabla 10. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (continuación)										
PERFIL LABORAL: RECEPCIÓN-CONSERJERÍA VALORACIÓN	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable			Caso Confirmado					
		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR										
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO										
PVDs										
PSICOSOCIAL										
PERFIL LABORAL: ADMINISTRACIÓN VALORACIÓN	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable			Caso Confirmado					
		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR										
PVDs										
PSICOSOCIAL										
PERFIL LABORAL: MULTIPUESTO VALORACIÓN	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable			Caso Confirmado					
		Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR										
PIEL										
SISTEMA RESPIRATORIO										
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO										
PSICOSOCIAL										

Tabla 11. Indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	ESTRATIFICACIÓN
% DE EXÁMENES DE SALUD REALIZADOS RESPECTO AL TOTAL DE TRABAJADORES	N° de exámenes de salud realizados \times 100/ n° total de trabajadores de la empresa	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
% DE EXÁMENES DE SALUD REALIZADOS RESPECTO A LOS PROGRAMADOS	N° de exámenes de salud realizados \times 100/ n° de exámenes de salud a realizar en función de la periodicidad marcada en los protocolos	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES APTOS	N° de trabajadores aptos \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES APTOS CONDICIONADOS	N° de trabajadores aptos condicionados \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PRESENTAN ALGUNA ALTERACIÓN	N° de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada) \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PRESENTAN ALGUNA ALTERACIÓN CONFIRMADA	N° de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PRESENTAN ALGUNA ALTERACIÓN PRODUCIDA O AGRAVADA POR EL TRABAJO	N° de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada) producida o agravada por el trabajo \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PRESENTAN ALGUNA ALTERACIÓN PRODUCIDA POR EL TRABAJO	N° de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada) producida por el trabajo \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PRESENTAN ALGUNA ALTERACIÓN CONFIRMADA PRODUCIDA POR EL TRABAJO	N° de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada producida por el trabajo \times 100/ n° de exámenes de salud realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON ALTERACIONES SISTEMA OSTEOMUSCULAR PRODUCIDAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO	N° de trabajadores que presentan alguna alteración del sistema osteomuscular producida o agravada por el trabajo \times 100/ n° de exploraciones sistema osteomuscular	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo

PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS PRODUCIDAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO	Nº de trabajadores que presentan alguna alteración dermatológica producida o agravada por el trabajo $\times 100/n^\circ$ de exploraciones dermatológicas	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON ALTERACIONES RESPIRATORIAS PRODUCIDAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO	Nº de trabajadores que presentan alguna alteración respiratoria producida o agravada por el trabajo $\times 100/n^\circ$ de exploraciones sistema respiratorio	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON ALTERACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS PRODUCIDAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO	Nº de trabajadores que presentan alguna alteración del sistema circulatorio periférico producida o agravada por el trabajo $\times 100/n^\circ$ de exploraciones del sistema circulatorio periférico	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo
PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON SOSPECHA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN	Nº de trabajadores con sospecha de ansiedad y/o depresión $\times 100/n^\circ$ de cuestionarios de realizados	Global Por perfil laboral Por dedicación horaria Por sexo

4.5.3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Los resultados de la vigilancia de la salud deberían completarse con el análisis epidemiológico de los datos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En la tabla siguiente se propone un modelo de análisis, utilizando como ejemplo los datos totales (trabajadoras y trabajadores), debiendo además hacerse el análisis para mujeres y para hombres, desagregado por sexo, por tipo de contrato, dedicación horaria y teniendo en cuenta a los colectivos más vulnerables.

Tabla 12. Análisis de la siniestralidad

	2015	2016	2017	2018
Número total de trabajadoras y trabajadores				
Nº AT con baja				
Nº AT sin baja				
Nº EEP con baja				
Nº EEP sin baja				

Tabla 12. Análisis de la siniestralidad (continuación)

	2015	2016	2017	2018				
Tasas incidencia x 1000*								
AT con baja								
AT sin baja								
EEPP con baja								
EEPP sin baja								
Días de baja								
AT con baja								
EEPP con baja								
Tipología de los Accidentes **								
	Nº	Tasa o %	Nº	Tasa o %	Nº	Tasa o %	Nº	Tasa o %
En centro de trabajo								
En Misión								
In itinere								
En otro centro de trabajo								
Caracterización de los Accidentes (3 últimos años)***								
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia de las distintas desviaciones (a 2 dígitos)								
Frecuencia de los diferentes contactos (a 2 dígitos)								
Frecuencia de los agentes materiales asociados a la desviación (a 2 dígitos)								
Frecuencia de los diferentes partes del cuerpo lesionadas (a 2 dígitos)								
Notas:								
* En caso de empresas con poca variación en cuanto al número de trabajadores y trabajadoras no es necesario calcular las tasas de incidencia, la observación del número de procesos nos puede ofrecer bastante conocimiento respecto del problema.								
** En función del tipo de actividad de la empresa puede ser interesante desde el punto de vista preventivo considerar como un todo a los accidentes en misión y los in itinere ya que es muy probable que preventivamente sean abordables desde el mismo punto de vista. De igual manera es interesante conocer si los accidentes se producen en el centro de trabajo de la empresa u en otro centro ya que la prevención tal vez deba abordarse de diferente forma.								
*** Para describir/caracterizar los accidentes proponemos utilizar la agrupación de varios años (los 3 últimos) para que el número de accidentes analizados sea mayor y sea más consistente.								

5. Documento de intercambio de información sanitaria (DIIS)

En la práctica, una de las disfunciones más notables en la vigilancia de la salud en el sector de la hostelería se deriva del carácter temporal de los contratos en el sector, con su manifestación más visible en la repetición innecesaria de los exámenes de salud a los trabajadores y trabajadoras.

Se considera oportuno establecer un documento acreditativo en el que se recoja información relativa a los exámenes de salud que se le han realizado al trabajador, por el/los SPRL de la/las empresas donde ha trabajado. A través de este documento se pretende que a un mismo trabajador de la hostelería no se le repitan exploraciones y pruebas médicas que se le hayan realizado recientemente por un SPRL, si el SPRL responsable de realizar el nuevo examen de salud no lo considera necesario, en todo o en parte, por disponer de información suficiente proveniente del SPRL anterior.

Esto sólo es posible a partir de la armonización de la vigilancia de la salud que se establecerá con la presente Guía, con los protocolos para los exámenes de salud específicos por perfiles de puesto de trabajo.

El documento de intercambio de información sanitaria (DIIS) debe preservar la confidencialidad de la información médica personal. Es un documento individual, propiedad del trabajador que le será entregado al trabajador por el SPRL correspondiente. En él se recoge, como puede verse en el ANEXO III, el protocolo del examen de salud según perfil laboral aplicado, el tipo de reconocimiento (inicial, periódico), la fecha de realización del examen, el resultado solo en términos de aptitud obtenida, la periodicidad recomendada del siguiente examen de salud y los datos del Médico del Trabajo que firmará y sellará el documento.

El Médico del Trabajo del nuevo SPRL validará o practicará de nuevo, según su criterio profesional, aquellas pruebas de los exámenes de salud que considere necesario para el inicio y desarrollo de la actividad de vigilancia de la salud del trabajador que se acaba de incorporar. De este modo, el documento que refleje la vigilancia de la salud realizada, podrá recoger, para un mismo tipo de reconocimiento, la fecha y firma (entidad emisora) de su realización y la opción, si así se considera, de validar un reconocimiento previamente realizado por otro SPRL, sirviendo a los efectos establecidos en la normativa incluidos los del artículo 22 de la LPRL, como examen de salud inicial.

Cada examen de salud generará un nuevo documento en el que quedará reflejada la fecha en la que se ha realizado y el protocolo específico, seguido de la fecha y firma de la última validación.

La validación de un examen de salud realizado por otro SPRL, sin practicar nuevas pruebas, no debe generar un nuevo período de validez del nuevo examen, sino que se debe restar el tiempo transcurrido (período previsto menos período consumido).

El documento contiene un apartado de observaciones para poder reflejar aquella información de interés obtenida en el examen de salud, y que a juicio del trabajador o del médico firmante debe tenerse en cuenta para continuar la vigilancia de la salud, como alergias, necesidad de nuevas dosis vacunales, etc.

En caso necesario, las recomendaciones personales y laborales adaptativas o restrictivas indicadas al trabajador, deben quedar también claramente reflejadas.

El uso y consentimiento del DIIS es individual de la persona que trabaja y su ausencia no podrá ir nunca ni en detrimento del derecho a trabajar ni convertir el documento y su cesión en una condición necesaria para cualquier cambio de empresa y el acceso al trabajo en ella. El DIIS no constituirá en ningún caso un documento que obligatoriamente deba aportar el trabajador o trabajadora.

6. Revisión

Se efectuará una revisión de esta guía a los 5 años, siempre y cuando no haya con anterioridad evidencias científicas o cambios normativos que aconsejen una revisión anterior.

7. Bibliografía

1. Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 27 (08-11-1995), modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre.
2. Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. Boletín Oficial del Estado nº 27 (31-01-1997).
3. Esteban Buedo V, García Gómez M, Gallo Fernández M, Guzmán Fernández A. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Libro blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/portadaLibroBlanco.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Anual de Servicios 2016. [Internet] Madrid: Instituto Nacional de Estadística [acceso el 10 de noviembre de 2017]. Disponible en <http://www.ine.es>
5. Figuerola Palomo M, Sánchez Polo M, Herranz Guillén JL. Estudio Anual 2016-2017. Los sectores de la hostelería. Federación Española de Hostelería. Madrid: Fundación Hostelería de España; 2017. [Acceso el 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.fehr.es/documentos/publicaciones/descargas/des-102.pdf>
6. Resolución de 6 de mayo de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el V Acuerdo Laboral de ámbito estatal para el sector de hostelería. Boletín Oficial del Estado nº 121 (21-05-2015).
7. European Agency for Safety and Health at Work. Muskuloeskeletal disorders (MSDs) in HORECA. E-FACT 24. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
8. Fundación para la prevención de riesgos laborales. Estudio del origen de las enfermedades relacionadas con el trabajo en el sector de la hostelería. 2006.
Disponible en: <http://www.prevencionparahosteleria.es/acciones-prl-2006.html>
9. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Manipulación manual de cargas. Posturas forzadas. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: www.msc.es
10. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell J, Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/tomo2.htm>
11. European Agency for Safety and Health at Work. Report: Protecting workers in hotels, restaurants and catering. [acceso el 23 de junio de 2009]. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
12. Eurofund.europa.eu. [Internet]. European Survey on Working Conditions. [actualizada el 22 febrero de 2009] [acceso 27 de junio de 2009]. Disponible en: <http://Eurofund.europa.eu/pubdocs/2003/08/en/1/ef308en.pdf>
13. European Agency for Safety and Health at Work. "Managing psychological risks in HORECA" E-FACT 25. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/e-facts/efact25>
14. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de la Hostelería. Madrid, 2006
Disponible en: http://www.portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/...guias/2006_Guia_sectorial_hosteleria.pdf

15. European Agency for Safety and Health at Work. "Dangerous substances in HORECA". E-FACT 26 [Internet]. [acceso 12 de enero de 2009]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/e-facts/efact26>
16. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Dermatitis laboral. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es>
17. Albuixech R, Pérez-Sanz E, Gonzalez J, Requena J, Cremades A. Exposición Ambiental al humo de tabaco HAT en trabajadores de hostelería. [cartel en Internet] [acceso el 12 de mayo de 2009]. Disponible en <http://www.sp.san.gva.es>
18. Vighi Arrollo F. Salud y Seguridad Laboral en ambientes térmicos. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/LSI_Cap10.pdf
19. Martínez Laínez, P. Estrés térmico en la construcción. APM Prevención. Navarra. Disponible en: <http://www.navactiva.com>
20. Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Pantallas de visualización de datos. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es>
21. Sempere JM, Hernández H, Esteban, V. II Encuesta de condiciones de trabajo en la Comunidad Valenciana. Fundación de la Comunidad Valenciana para Prevención de Riesgos Laborales. Valencia, 2009.
22. European Agency for Safety and Health at Work. La protección de los jóvenes en el lugar de trabajo. FACT 64. [Internet]. [acceso 12 de enero de 2009]. Disponible en: <http://osha.europea.eu>
23. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado nº 75 (29-03-1995).
24. INSHT.es. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía de Acción Preventiva "Restaurantes, Bares y Cafeterías". Texto online. [Internet] Madrid, INSHT. [acceso 9 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.insht.es>
25. INSHT.es. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Evaluación de Riesgos Laborales. Texto online. [Internet] Madrid, INSHT. [acceso 9 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.insht.es>
26. Esteban Buedo V, Fullana Montoro A, Santolaria Bartolomé E, Escriba Agüir V, Torres Gracia A, Barona Vilar C, et al. Guía para la prevención de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006.
27. Ley 39/99 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del Estado nº 266 Estado (06-11-1999).
28. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado nº 71 (23-03-2007).
29. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Boletín Oficial del Estado nº 69 (21-03-2009).
30. Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. Boletín Oficial del Estado nº 57 (07-03-2009).
31. Comunicación de la Comisión sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de

lactancia (directiva 92/85/CEE del Consejo). Disponible en:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A52000DC0466>

32. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). Guía médica para la valoración de los riesgos profesionales a efectos de la prestación de riesgo durante el embarazo y riesgo en la lactancia. 2007. Disponible en: <http://www.amat.es/Ficheros/4460.pdf>

33. Cerrolaza Asenjo J, Mercé Alberto L, Pozuelo Sánchez P, Jardón Dato E. Grupo de trabajo "Riesgo laboral y embarazo". Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Disponible en: <http://www.sego.es/Content/doc/riesgolaboral.doc>

34. Mathias C. Contact dermatitis and workers compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 842-848.

35. Gómez M, Benach J, Giménez-Arnau A. Evaluación de los criterios de imputabilidad de dermatosis profesional definidos por Mathias En: Reunión del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea. Barcelona, 2010.

8. Anexos

Anexo I. Historias clínico-laborales por perfiles laborales

Aunque esta guía para la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras de hostelería tiene la finalidad de orientar la planificación de la misma mediante el recurso a unos perfiles profesionales que se basan en la existencia de unos elementos comunes que permiten su agrupación, es necesario recordar que la vigilancia específica de la salud no puede derivarse de la asignación genérica de unas pruebas y exploraciones médicas a las personas trabajadoras por el hecho de estar encuadradas en un perfil, sea este el que sea.

El abordaje realizado a través de los perfiles busca la operatividad y permite orientar sobre unos mínimos comunes de vigilancia de la salud para cada uno de ellos, sin que ello implique que la realización de estos mínimos dé a entender que con ello queda finalizado el proceso de vigilancia de la salud. De hecho, para determinar cómo se llevará a cabo la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras es necesario conocer la descripción detallada de su puesto de trabajo, los riesgos a los que están expuestas y su magnitud, el tiempo de exposición y las medidas preventivas adoptadas, tal y como se recoge en el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención; aspectos todos ellos que deberán quedar recogidos en la historia clínico-laboral de cada trabajador o trabajadora.

La guía recoge de forma genérica las principales actividades que corresponden a cada uno de los perfiles, las tareas de mayor riesgo, los factores de riesgo, las principales repercusiones/exposiciones a los factores de riesgo y los posibles daños que teóricamente podrían derivarse de los mismos. Evidentemente, esta orientación no sustituye a la evaluación de riesgos que debe realizarse para cada puesto de trabajo, ni a la vigilancia individual y colectiva de la salud, pero resulta de gran ayuda en el proceso de evaluación de riesgos y en la planificación de la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras.

El mismo artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación a la vigilancia de la salud, establece también que la misma estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesta la persona trabajadora. En este sentido, las siguientes historias clínico-laborales orientan sobre cuáles serían los protocolos de vigilancia de la salud específica aplicables en cada perfil

y recoge, en el mismo sentido, el contenido de la anamnesis, las pruebas y exploraciones que se incluirían en los exámenes de salud. Establece de este modo, como se ha indicado anteriormente, unos mínimos comunes de vigilancia de la salud para cada uno de los perfiles profesionales, partiendo de los protocolos aprobados y completado su contenido con recomendaciones a partir de bibliografía y consulta a expertos.

Sin que esto suponga detrimento de la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios ni de su facultad para la realización de pruebas o exploraciones que consideren relevantes según criterio médico, otras pruebas o exploraciones deberían acompañarse de la mención explícita del riesgo o problema de salud asociado a la actividad laboral que se pretende examinar.

La vigilancia de la salud, además de ser específica para los factores de riesgo derivados del trabajo, debe estar basada en evidencias científicas contrastadas y llevarse a cabo con el consentimiento informado de los trabajadores. Como parte del proceso de obtención del consentimiento, se debe informar a los trabajadores acerca de las posibles consecuencias positivas o negativas resultantes de su participación en los programas de vigilancia de la salud. Cabe recordar el carácter voluntario, como regla general establecida por la LPRL, para la vigilancia de la salud individual y eso incluye aportar información o datos sobre la misma.

El Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional (CISO/ICO 2002) advierte de que los profesionales sanitarios de los servicios de prevención no pueden buscar ni registrar información personal que no sea pertinente para la protección, mantenimiento y promoción de la salud en relación con el trabajo. La confianza de las personas que trabajan en los profesionales sanitarios de los servicios de prevención es, a menudo, un factor determinante y es preciso garantizarle la confidencialidad de los datos referentes a su salud, como establece la normativa.

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

**PERFIL LABORAL:
LIMPIEZA Y PISOS**

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M
Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:
Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.
Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....
Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....
Tipo de reconocimiento:
 Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:
Actividad: CNAE:
Domicilio social de la empresa: Localidad:
Ocupación actual del trabajador: CNO:
Centro de trabajo: Número de trabajadores:
Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses
Descripción de las actividades que realiza:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?	
¿Cuántas después de las 22.00 h?	
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?	
¿Realiza tareas para las que no está preparado?	
El reparto de tareas, ¿es adecuado?	
¿Se trabaja en equipo?	
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?	
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?	

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? <i>En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
RIESGOS RELEVANTES	F. INICIO	F. FIN	INTENSIDAD DE LA EXPOSICIÓN (H/Semana, niveles)	DAÑO PARA LA SALUD
1				
2				
3				

Observaciones:

En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones:

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años

Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: ¿Consume alcohol? No Sí

En caso afirmativo, pasar el test AUDIT C:

AUDIT C	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(4) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>

Posible consumo de riesgo: No

Sí (Puntuación en AUDIT-C > 4 y > 3)

En caso afirmativo:

- Puede remitir a esta persona al sistema asistencial del SNS, concretamente a los servicios de atención primaria, con los resultados de este examen para que allí continúen con su estudio.
- Puede continuar usted con el estudio. En este caso, consulte la web <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/home.htm>

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

Ejercicio físico (además del trabajo)? No Sí En caso afirmativo, especifique:

¿Consumo de forma habitual frutas y verduras? No Sí

<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores?</p> <p><i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema en la piel, como quemaduras, irritaciones, eczema, etc.?</p> <p>Por eczema se puede entender alguno de estos signos en las manos, muñecas y/o antebrazos: manchas rojas, ampollas o bolitas de agua, fisuras o grietas que pican o duelen.</p> <p><i>En caso de eczema, cumplimentar el cuestionario dermatológico C.2.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses tos, expectoración, dolor en el pecho, ruidos en el pecho o falta de respiración?</p> <p><i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas respiratorios C.3.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.</p> <p>¿En las dos últimas semanas ha tenido alguno de estos síntomas*?</p>		
<p>SUBESCALA DE ANSIEDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ¿Ha estado muy preocupado por algo? ¿Se ha sentido muy irritable? ¿Ha tenido dificultad para relajarse? <p>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</p>		
<p>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Se ha sentido con poca energía? ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? <p>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</p>		
<p>*No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.</p> <p>CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.</p>		
<p>Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993</p>		

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?			
Tipo de problema de salud	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?

¿Está en situación de:

Embarazo: Meses: ____ FPP: ____

Lactancia natural:

Medicación habitual:

Questionarios complementarios de síntomas

(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS	RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:	¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros: Hombro derecho: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambos hombros: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codos: Codo derecho: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Codo izquierdo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambos codos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Puños/manos: La derecha: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La izquierda: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna: Columna dorsal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Columna lumbar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Caderas: Derecha: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierda: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Rodilla: Derecha: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierda: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tobillos/pies: Derecho: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Izquierdo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

C2. Cuestionario dermatológico

1. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo eczema en las manos, muñecas o en los antebrazos?

(una respuesta por columna si procede)

	Eczema en muñeca	Eczema en mano y/o antebrazo
Lo tengo precisamente ahora		
Ahora no, pero sí durante los últimos 3 meses		
Hace entre 3 y 12 meses		
Hace más de 12 meses		
¿En qué año fue la última vez que tuvo eczema? _____ (año)		

2. ¿Ha observado usted que su eczema empeora con el contacto de determinados materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa EN SU TRABAJO?

(una respuesta en cada columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No sé lo que empeora mi eczema		
Nada empeora mi eczema en mi trabajo		
Sí, se empeora mi eczema en mi trabajo		
¿Qué materiales toca para que se empeore su eczema?		

3. ¿Realiza usted algún otro trabajo habitualmente?

No

Sí ¿Qué tipo de trabajo? _____

¿Cuántas horas por semana (de promedio)? _____ (horas/semana)

4. ¿Ha observado si el contacto con ciertos materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa CUANDO USTED NO ESTÁ EN SU TRABAJO empeora el eczema?

(una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No, nada empeora mi eczema cuando no trabajo		
Sí, empeora mi eczema cuando no trabajo		
No lo sé		

5. ¿Cuándo usted NO ESTÁ EN EL TRABAJO, por ejemplo durante los fines de semana o los periodos de vacaciones, su eczema mejora? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No		
Sí, a veces		
Sí, habitualmente		
No lo sé		

8. ¿Ha tenido alguna vez erupciones o manchas rojas en la piel que piquen, que van y vienen durante por lo menos 6 meses y que se hayan localizado en ALGÚN pliegue de la piel? (Por pliegues de la piel se entiende: parte interior o anterior de los codos, parte posterior de las rodillas, parte interior o anterior de las muñecas, pliegues de las nalgas, alrededor del cuello, orejas y párpados)

No Sí No lo sé

Observaciones:

Fuente: Extraído de NOSQ-2002 NORDIC OCCUPATIONAL SKIN QUESTIONNAIRE. VERSIÓN CORTA (español)

C.3. Criterios de Mathias^{34,35} (Si se sospecha que se trata de una dermatitis de contacto profesional)

¿Es la clínica compatible con dermatitis de contacto?

- Sí: Identificación de eczema con características clínicas: prurito, eritema, vesículas, exudación, costra, signos de liquenificación.
- No: La clínica no es de eczema.
- No concluyente: La dermatitis seborreica, eczema dishidrótico, eczema numular, eczema atópico y neurodermatitis pueden presentar una reacción eczematosa parecida.

¿Existe exposición laboral a potenciales irritantes o alérgenos cutáneos?

- Sí: Se debe preguntar sobre todas las exposiciones en el trabajo, incluyendo EPIS, cremas, jabones. Se debe conocer la información toxicológica.
- No: La información toxicológica y/o la experiencia clínica indican que no hay exposición irritante o alérgica en el lugar de trabajo.
- No concluyente: Si el médico no puede determinar este criterio éste no debe ser evaluado.

¿Es la distribución anatómica de la dermatitis compatible con la exposición cutánea en el trabajo?

- Sí: La dermatitis de contacto es usualmente más severa en las zonas de exposición de la piel en el puesto de trabajo.
- No: La dermatitis respeta las zonas de máxima exposición pero afecta otras.
- No concluyente: Hay excepciones a la anterior consideración como zonas más permeables: párpados, cara, genitales.

¿El tiempo entre exposición e inicio es compatible con dermatitis de contacto?

- Sí: La exposición fue anterior a la clínica. En el caso de dermatitis alérgica de contacto el periodo de latencia se puede esperar hasta seis meses.
- No: El máximo de síntomas fue antes de la exposición laboral.
- No concluyente: Si el periodo de latencia es mayor de seis meses la relación causal será difícil de precisar. Considerar que los trabajadores entre 50 y 60 años pueden ser susceptibles de tener más sensibilidad de piel por la edad.

¿Se han excluido las exposiciones no laborales como posibles causas?

- Sí: Otros irritantes como cosméticos, gomas, etc... deben ser excluidas por la historia clínica y ocasionalmente por prueba epicutánea.
- No: Exposiciones no laborales pueden ser la causa de la dermatitis.
- No concluyente: Sin una historia completa de exposiciones, el médico no puede confiar en excluir causa no laboral.

¿Existe mejoría de la dermatitis al retirar la exposición?

- Sí: Existe mejoría de la dermatitis en periodos de baja, fines de semana, vacaciones...
- No: La dermatitis no mejora después del alejamiento del puesto de trabajo. En las dermatitis crónicas se podría esperar hasta tres o cuatro semanas.
- No concluyente: Mejorías en periodos de baja o con modificaciones en el puesto de trabajo a veces son debidas al tratamiento médico.

¿Las pruebas epicutáneas o prick test implican una exposición laboral específica?

- Sí: Test de parche positivo apoya una relación causal sólo si la exposición ocurre en el área de trabajo, no indica la fuente de exposición. El test de provocación puede ser útil para confirmar una probable fuente de exposición a un alérgeno identificado por el test del parche
- No: Resultados negativos alejan posibilidad.
- No concluyente. Estudios incompletos, resultados falsos positivos o falsos negativos.

C.4. Cuestionario de síntomas respiratorios

Tos

- 1) ¿Suele toser al levantarse por la mañana? Sí No
- 2) ¿Suele toser durante el día o por la noche? Sí No
- En caso de respuesta afirmativa en 1) o 2)
- 3.a) ¿Tose así la mayoría de los días y no menos de 3 meses cada año? Sí No
- 3.b) ¿Tose principalmente un día dado a la semana? Sí No
- 3.c) ¿Cuál(es)? _____

Expectoración

- 4) ¿Suele expectorar al levantarse por la mañana? Sí No
- 5) ¿Suele expectorar durante el día o por la noche? Sí No
- En caso de respuesta afirmativa en 4) o 5)
- 6.a) ¿Expectora así la mayoría de los días y no menos de 3 meses cada año? Sí No
- En caso afirmativo
- 6.b) ¿Cuánto tiempo ha venido expectorando? _____

Periodos de tos y expectoración

- 7) En los últimos 3 años, ¿ha tenido un periodo de tos y expectoración que haya durado 3 semanas o más? Sí No
- En caso afirmativo,
7. a) ¿Ha tenido más de un periodo de esos? Sí No

Opresión torácica

- 8) ¿Siente opresión en el pecho alguna vez o tiene dificultades para respirar? Sí No
- 9) ¿Le ocurre esto fuera de los casos de resfriado? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
- 10) ¿Siente opresión en el pecho alguna vez o tiene dificultades para respirar en días determinados? Sí No
- En caso afirmativo, especifíquese
- a) ¿Solo en la mayoría de los primeros días de vuelta al trabajo? Sí No
- b) ¿También otros días? Sí No
- c) ¿Solo otros días? Sí No
- Si la respuesta a 10) es negativa, pregúntese: Sí No
- 11) ¿Ha tenido alguna vez opresión en el pecho o dificultades para respirar en ciertos días? Sí No
- En caso afirmativo, especifíquese
- a) ¿Solo en los primeros días de vuelta al trabajo? Sí No
- b) ¿También otros días? Sí No

Falta de respiración

- Si no puede andar a causa de una enfermedad no cardíaca ni pulmonar pase a la pregunta 13)
- 12.a) ¿Tiene problemas de falta de respiración al andar de prisa en llano o subir una cuesta suave? Sí No
- En caso afirmativo:
- 12.b) ¿Le falta la respiración al andar en llano con personas de su edad? Sí No
- En caso afirmativo:
- 12.c) ¿Se ve obligado a pararse para tomar aliento al caminar a su ritmo por terreno llano? Sí No
- 12.d) ¿Hay algún día particular en que más se sofoca? _____

Enfermedades torácicas	
13.a) En los últimos 3 años, ¿ha sufrido de alguna enfermedad torácica que le haya apartado de sus actividades habituales durante al menos una semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo:	
13.b) Durante cualquiera de esas enfermedades, expectoró más de lo habitual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo:	
13.c) ¿Ha padecido más de una de esas enfermedades en los 3 últimos años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades anteriores	
¿Ha tenido alguna vez?:	
14.a) una lesión u operación en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.b) trastornos cardíacos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.c) bronquitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.d) pulmonía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.e) pleuresía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.f) tuberculosis pulmonar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.g) asma bronquial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.h) un trastorno de otro tipo en la región torácica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.i) fiebre de heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones:	
Fuente: OMS. Detección precoz de enfermedades profesionales. Ginebra 1987	

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión.
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

e) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA PIEL

a) Exploración general superficie cutánea-mucosa.

b) Morfotipo de piel.

c) Alteraciones ungueales.

En caso de detectar alguna alteración, realizar inspección de las áreas donde asientan las lesiones.

Búsqueda de síntomas y signos sugestivos de:

- Dermatitis de contacto irritativa aguda o crónica.
- Dermatitis de contacto alérgica aguda o crónica.
- Piodermatitis.

Si presenta algún otro problema dermatológico en el momento de la revisión, describir:

.....

Descripción de la lesión:

Tipo de lesión (*mácula, pápula, placa, nódulo, tubérculo, habón, vesícula, ampolla, pústula, erosión, úlcera, costra, cicatriz, atrofia, etc.*)

Localización

Superficie aproximada

Color

Bordes

Elevación

Otros: *textura al tacto, exudados...*

d) Signos/síntomas acompañantes en otros órganos, si existen:

SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y OBSERVACIONES

EXPLORACIÓN BÁSICA DE TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA

a) Inspección morfológica torácica y movimientos respiratorios.

b) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

c) Auscultación cardiaca.

Frecuencia (pulsaciones/minuto)	
Ritmo (normal o alterado)	
Ruidos cardiacos (normales o alterados)	

Diagnóstico de presunción:

Otras observaciones:

ESPIROMETRÍA BASAL

Resultados:

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

- Test de broncodilatación

- ante sospecha de hiperreactividad bronquial.

- Medición seriada de pico-flujo espiratorio

- ante hiperreactividad bronquial.

Resultados:

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

ANTE TRABAJOS A DISTINTO NIVEL:

Exploración neurológica del equilibrio y coordinación motora

Sensibilidad:	
Fuerza:	
Reflejos:	
Tono muscular:	
Orientación, conducta, memoria, lenguaje:	

ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO (p.ej. puestos de trabajo en lavanderías)

Otoscopia

Conducto Auditivo Externo:	Membrana Timpánica:
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Tapón parcial de cerumen	<input type="checkbox"/> Alterada.
<input type="checkbox"/> Tapón total de cerumen	Tipo de alteración:
Si se encuentra cerumen en el (los) conducto(s) auditivo(s) externo(s), deberá ser extraído y la audiometría solo se efectuará después de transcurrido el plazo estimado por una persona competente en esta materia. Por razones de higiene, la audiometría también puede retrasarse en caso de eczema o de inflamación del oído externo.	Integridad: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Perforada
	Coloración: <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo
	<input type="checkbox"/> Áreas blanquecinas
	Contorno: <input type="checkbox"/> Cóncava <input type="checkbox"/> Abultada
	<input type="checkbox"/> Retraída y con burbujas(normal)
	Movilidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Aumentada

Acumetría

Prueba de Rinne	Oído Derecho <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Prueba de Weber	<input type="checkbox"/> Normal.
	Lateralizada a <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha

Audiometría

- NORMAL
- CAÍDA SIGNIFICATIVA DE UMBRAL (CSU)
- HIPOACUSIA POR RUIDO
- OTRAS ALTERACIONES. Indicar cuáles si se conocen: _____

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA

Exploración órgano de la visión

INSPECCIÓN: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

AGUDEZA VISUAL				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

Exploración vascular MMII

	Pierna derecha	Pierna izquierda
Inspección		
Palpación		
Man. Schwartz		
Man. Trendelenburg		
Man. Perthus		

Analítica básica

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/ signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES																																																							
<p>Fecha del próximo examen de salud <i>A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:</i></p>																																																							
<p>_____ / _____ / 20_____</p>																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 18 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18-45 AÑOS</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIVIAL/TOLERABLE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO CLASIFICADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CASO POSIBLE (presencia de síntomas)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>APTITUD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN INDICACIÓN</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CON INDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIENAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INFERIOR A UN AÑO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			PUNTUACIÓN	EDAD		< 18 AÑOS	1	18-45 AÑOS	0	> 45 AÑOS	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO		TRIVIAL/TOLERABLE	0	MODERADO	1	IMPORTANTE	2	NO CLASIFICADO	1	SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0	CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1	CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3	CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3	APTITUD		APTO	0	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1	INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)		SIN INDICACIÓN	0	CON INDICACIÓN	1	RESULTADO						PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA		TRIENAL		ANUAL		INFERIOR A UN AÑO	
	PUNTUACIÓN																																																						
EDAD																																																							
< 18 AÑOS	1																																																						
18-45 AÑOS	0																																																						
> 45 AÑOS	1																																																						
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO																																																							
TRIVIAL/TOLERABLE	0																																																						
MODERADO	1																																																						
IMPORTANTE	2																																																						
NO CLASIFICADO	1																																																						
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0																																																						
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1																																																						
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3																																																						
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3																																																						
APTITUD																																																							
APTO	0																																																						
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1																																																						
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)																																																							
SIN INDICACIÓN	0																																																						
CON INDICACIÓN	1																																																						
RESULTADO																																																							
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA																																																							
TRIENAL																																																							
ANUAL																																																							
INFERIOR A UN AÑO																																																							
<p>Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo</p>																																																							
<p>Firma</p>																																																							
<p>FECHA:</p>																																																							

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

PERFIL LABORAL: COCINA

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M

Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:

Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.

Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....

Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....

Tipo de reconocimiento:

Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:

Actividad: CNAE:

Domicilio social de la empresa: Localidad:

Ocupación actual del trabajador: CNO:

Centro de trabajo: Número de trabajadores:

Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses

Descripción de las actividades que realiza:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?		
¿Cuántas después de las 22.00 h?		
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)	
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?		
¿Realiza tareas para las que no está preparado?		
El reparto de tareas, ¿es adecuado?		
¿Se trabaja en equipo?		
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?		
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?		

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?.</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? <i>En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
RIESGOS RELEVANTES	F. INICIO	F. FIN	INTENSIDAD DE LA EXPOSICIÓN (H/Semana, niveles)	DAÑO PARA LA SALUD
1				
2				
3				

Observaciones:

En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones:

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años

Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: ¿Consume alcohol? No Sí

En caso afirmativo, pasar el test AUDIT C:

AUDIT C	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(4) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>

Posible consumo de riesgo: No

Sí (Puntuación en AUDIT-C > 4 y > 3)

En caso afirmativo:

- Puede remitir a esta persona al sistema asistencial del SNS, concretamente a los servicios de atención primaria, con los resultados de este examen para que allí continúen con su estudio.
- Puede continuar usted con el estudio. En este caso, consulte la web <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/home.htm>

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

Ejercicio físico (además del trabajo)? No Sí En caso afirmativo, especifique:

.....

¿Consume de forma habitual frutas y verduras? No Sí

Situación actual de salud		
<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores?</p> <p><i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema en la piel, como quemaduras, irritaciones, eczema, etc.?</p> <p>Por eczema se puede entender alguno de estos signos en las manos, muñecas y/o antebrazos: manchas rojas, ampollas o bolitas de agua, fisuras o grietas que pican o duelen.</p> <p><i>En caso de eczema, cumplimentar el cuestionario dermatológico C.2.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido en los últimos 12 meses tos, expectoración, dolor en el pecho, ruidos en el pecho o falta de respiración?</p> <p><i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas respiratorios C.3.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido en el último mes, ictericia, diarrea, vómitos, lesiones nasales o infecciones en las manos?</p> <p><i>En caso afirmativo, especifique.....</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>¿Ha tenido sensación de pesadez, picor, calambres, parestesias, hinchazones o dolor en las piernas?</p> <p><i>En caso afirmativo, conteste a las siguientes preguntas:</i></p> <p>1.- ¿Tiene antecedentes familiares de varices?</p> <p>3.- ¿Puede delimitar las zonas afectadas?</p> <p>4.- ¿Ha observado dilatación venosa, tromboflebitis, hemorragias ocasionales o úlceras?</p> <p>5.- ¿Tiene alteraciones tróficas o de la pigmentación?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.</p> <p>¿En las dos últimas semanas ha tenido alguno de estos síntomas*?</p>		
<p>SUBESCALA DE ANSIEDAD</p> <p>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</p> <p>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</p> <p>3. ¿Se ha sentido muy irritable?</p> <p>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?</p> <p>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</p> <p>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</p> <p>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?</p> <p>7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</p> <p>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</p> <p>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</p>		
		TOTAL ANSIEDAD= <input type="checkbox"/>

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

*No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.

Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?

	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	

¿Está en situación de:

Embarazo: Meses: _____ FPP: _____

Lactancia natural:

Medicación habitual:

Questionarios complementarios de síntomas
(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:		¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros:			
Hombro derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombro izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos hombros:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codos:			
Codo derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codo izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos codos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Puños/manos:			
La derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Columna:			
Columna dorsal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna lumbar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Caderas:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rodilla:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tobillos/pies:			
Derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

C2. Cuestionario dermatológico

1. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo eczema en las manos, muñecas o en los antebrazos?

(una respuesta por columna si procede)

	Eczema en muñeca	Eczema en mano y/o antebrazo
Lo tengo precisamente ahora		
Ahora no, pero sí durante los últimos 3 meses		
Hace entre 3 y 12 meses		
Hace más de 12 meses		
¿En qué año fue la última vez que tuvo eczema? _____ (año)		

2. ¿Ha observado usted que su eczema empeora con el contacto de determinados materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa EN SU TRABAJO?

(una respuesta en cada columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No sé lo que empeora mi eczema		
Nada empeora mi eczema en mi trabajo		
Sí, se empeora mi eczema en mi trabajo		
¿Qué materiales toca para que se empeore su eczema?		

3. ¿Realiza usted algún otro trabajo habitualmente?

No

Sí ¿Qué tipo de trabajo? _____

¿Cuántas horas por semana (de promedio)? _____ (horas/semana)

4. ¿Ha observado si el contacto con ciertos materiales, sustancias químicas o cualquier otra cosa CUANDO USTED NO ESTÁ EN SU TRABAJO empeora el eczema?

(una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No, nada empeora mi eczema cuando no trabajo		
Sí, empeora mi eczema cuando no trabajo		
No lo sé		

5. ¿Cuándo usted NO ESTÁ EN EL TRABAJO, por ejemplo durante los fines de semana o los períodos de vacaciones, su eczema mejora? (una respuesta por columna si procede)

	Eczema en mano	Eczema en muñeca/antebrazo
No		
Sí, a veces		
Sí, habitualmente		
No lo sé		

8. ¿Ha tenido alguna vez erupciones o manchas rojas en la piel que piquen, que van y vienen durante por lo menos 6 meses y que se hayan localizado en ALGÚN pliegue de la piel? (Por pliegues de la piel se entiende: parte interior o anterior de los codos, parte posterior de las rodillas, parte interior o anterior de las muñecas, pliegues de las nalgas, alrededor del cuello, orejas y párpados)

No Sí No lo sé

Observaciones:

Fuente: Extraído de NOSQ-2002 NORDIC OCCUPATIONAL SKIN QUESTIONNAIRE. VERSIÓN CORTA (español)

C.3. Criterios de Mathias^{34,35} (Si se sospecha que se trata de una dermatitis de contacto profesional)

¿Es la clínica compatible con dermatitis de contacto?

- Sí: Identificación de eczema con características clínicas: prurito, eritema, vesículas, exudación, costra, signos de liquenificación.
- No: La clínica no es de eczema.
- No concluyente: La dermatitis seborreica, eczema dishidrótico, eczema numular, eczema atópico y neurodermatitis pueden presentar una reacción eczematosa parecida.

¿Existe exposición laboral a potenciales irritantes o alérgenos cutáneos?

- Sí: Se debe preguntar sobre todas las exposiciones en el trabajo, incluyendo EPIS, cremas, jabones. Se debe conocer la información toxicológica.
- No: La información toxicológica y/o la experiencia clínica indican que no hay exposición irritante o alérgica en el lugar de trabajo.
- No concluyente: Si el médico no puede determinar este criterio éste no debe ser evaluado.

¿Es la distribución anatómica de la dermatitis compatible con la exposición cutánea en el trabajo?

- Sí: La dermatitis de contacto es usualmente más severa en las zonas de exposición de la piel en el puesto de trabajo.
- No: La dermatitis respeta las zonas de máxima exposición pero afecta otras.
- No concluyente: Hay excepciones a la anterior consideración como zonas más permeables: párpados, cara, genitales.

¿El tiempo entre exposición e inicio es compatible con dermatitis de contacto?

- Sí: La exposición fue anterior a la clínica. En el caso de dermatitis alérgica de contacto el periodo de latencia se puede esperar hasta seis meses.
- No: El máximo de síntomas fue antes de la exposición laboral.
- No concluyente: Si el periodo de latencia es mayor de seis meses la relación causal será difícil de precisar. Considerar que los trabajadores entre 50 y 60 años pueden ser susceptibles de tener más sensibilidad de piel por la edad.

¿Se han excluido las exposiciones no laborales como posibles causas?

- Sí: Otros irritantes como cosméticos, gomas, etc... deben ser excluidas por la historia clínica y ocasionalmente por prueba epicutánea.
- No: Exposiciones no laborales pueden ser la causa de la dermatitis.
- No concluyente: Sin una historia completa de exposiciones, el médico no puede confiar en excluir causa no laboral.

¿Existe mejoría de la dermatitis al retirar la exposición?

- Sí: Existe mejoría de la dermatitis en periodos de baja, fines de semana, vacaciones...
- No: La dermatitis no mejora después del alejamiento del puesto de trabajo. En las dermatitis crónicas se podría esperar hasta tres o cuatro semanas.
- No concluyente: Mejorías en periodos de baja o con modificaciones en el puesto de trabajo a veces son debidas al tratamiento médico.

¿Las pruebas epicutáneas o prick test implican una exposición laboral específica?

- Sí: Test de parche positivo apoya una relación causal sólo si la exposición ocurre en el área de trabajo, no indica la fuente de exposición. El test de provocación puede ser útil para confirmar una probable fuente de exposición a un alérgeno identificado por el test del parche
- No: Resultados negativos alejan posibilidad.
- No concluyente. Estudios incompletos, resultados falsos positivos o falsos negativos.

C.4. Cuestionario de síntomas respiratorios

Tos

- 1) ¿Suele toser al levantarse por la mañana? Sí No
- 2) ¿Suele toser durante el día o por la noche? Sí No
- En caso de respuesta afirmativa en 1) o 2)
- 3.a) ¿Tose así la mayoría de los días y no menos de 3 meses cada año? Sí No
- 3.b) ¿Tose principalmente un día dado a la semana? Sí No
- 3.c) ¿Cuál(es)? _____

Expectoración

- 4) ¿Suele expectorar al levantarse por la mañana? Sí No
- 5) ¿Suele expectorar durante el día o por la noche? Sí No
- En caso de respuesta afirmativa en 4) o 5)
- 6.a) ¿Expectora así la mayoría de los días y no menos de 3 meses cada año? Sí No
- En caso afirmativo
- 6.b) ¿Cuánto tiempo ha venido expectorando? _____

Periodos de tos y expectoración

- 7) En los últimos 3 años, ¿ha tenido un periodo de tos y expectoración que haya durado 3 semanas o más? Sí No
- En caso afirmativo,
7. a) ¿Ha tenido más de un periodo de esos? Sí No

Opresión torácica

- 8) ¿Siente opresión en el pecho alguna vez o tiene dificultades para respirar? Sí No
- 9) ¿Le ocurre esto fuera de los casos de resfriado? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
- 10) ¿Siente opresión en el pecho alguna vez o tiene dificultades para respirar en días determinados? Sí No
- En caso afirmativo, especifíquese
- a) ¿Solo en la mayoría de los primeros días de vuelta al trabajo? Sí No
- b) ¿También otros días?
- c) ¿Solo otros días?
- Si la respuesta a 10) es negativa, pregúntese:
- 11) ¿Ha tenido alguna vez opresión en el pecho o dificultades para respirar en ciertos días? Sí No
- En caso afirmativo, especifíquese
- a) ¿Solo en los primeros días de vuelta al trabajo? Sí No
- b) ¿También otros días? Sí No

Falta de respiración

Si no puede andar a causa de una enfermedad no cardiaca ni pulmonar pase a la pregunta 13)

- 12.a) ¿Tiene problemas de falta de respiración al andar de prisa en llano o subir una cuesta suave? Sí No
- En caso afirmativo:
- 12.b) ¿Le falta la respiración al andar en llano con personas de su edad? Sí No
- En caso afirmativo:
- 12.c) ¿Se ve obligado a pararse para tomar aliento al caminar a su ritmo por terreno llano? Sí No
- 12.d) ¿Hay algún día particular en que más se sofoca? _____

Enfermedades torácicas	
13.a) En los últimos 3 años, ¿ha sufrido de alguna enfermedad torácica que le haya apartado de sus actividades habituales durante al menos una semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo:	
13.b) Durante cualquiera de esas enfermedades, expectoró más de lo habitual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo:	
13.c) ¿Ha padecido más de una de esas enfermedades en los 3 últimos años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades anteriores	
¿Ha tenido alguna vez?:	
14.a) una lesión u operación en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.b) trastornos cardíacos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.c) bronquitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.d) pulmonía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.e) pleuresía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.f) tuberculosis pulmonar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.g) asma bronquial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.h) un trastorno de otro tipo en la región torácica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.i) fiebre de heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones:	
Fuente: OMS. Detección precoz de enfermedades profesionales. Ginebra 1987	

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

e) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA PIEL

a) Exploración general superficie cutánea-mucosa.

b) Morfotipo de piel.

c) Alteraciones ungueales.

En caso de detectar alguna alteración, realizar inspección de las áreas donde asientan las lesiones.

Búsqueda de síntomas y signos sugestivos de:

- Dermatitis de contacto irritativa aguda o crónica.
- Dermatitis de contacto alérgica aguda o crónica.
- Piodermatitis.

Si presenta algún otro problema dermatológico en el momento de la revisión, describir:

.....

Descripción de la lesión:

Tipo de lesión (*mácula, pápula, placa, nódulo, tubérculo, habón, vesícula, ampolla, pústula, erosión, úlcera, costra, cicatriz, atrofia, etc.*)

Localización

Superficie aproximada

Color

Bordes

Elevación

Otros: *textura al tacto, exudados...*

d) Signos/síntomas acompañantes en otros órganos, si existen:

SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y OBSERVACIONES

EXPLORACIÓN BÁSICA DE TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA

a) Inspección morfológica torácica y movimientos respiratorios.

b) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

c) Auscultación cardíaca.

Frecuencia (pulsaciones/minuto)	
Ritmo (normal o alterado)	
Ruidos cardíacos (normales o alterados)	

Diagnóstico de presunción:

Otras observaciones:

ESPIROMETRÍA BASAL

Resultados:

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

- Test de broncodilatación

- ante sospecha de hiperreactividad bronquial.

- Medición seriada de pico-flujo espiratorio

- ante hiperreactividad bronquial.

Resultados:

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO

Inspección General Vasculard de Miembros Inferiores

		Pierna dcha.	Pierna izda.
Inspección General	Valoración clínica venosa: (International Consensus Commite on Venous Disease) Clase 0: sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa. Clase 1: telangiectasias o venas reticulares Clase 2: varices Clase 3: edema Clase 4: cambios cutáneos de IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema) Clase 5: cambios cutáneos con úlcera activa	CLASE	CLASE
	Palidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trastornos Tróficos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Palpación	-Aumento de temperatura. -Maniobra de Schwartz (oleada) -Alteraciones pulsos periféricos. -Frialdad		

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

Pruebas funcionales

- Maniobra de Trendelenburg.
- Maniobra de Perthes.
- Claudicación

Resultados:

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO (p.ej. puestos de trabajo en lavanderías)

Otoscopia

Conducto Auditivo Externo:	Membrana Timpánica:
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Tapón parcial de cerumen	<input type="checkbox"/> Alterada. Indicar OD OI
<input type="checkbox"/> Tapón total de cerumen	Tipo de alteración:
	Integridad: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Perforada
	Coloración: <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo
	<input type="checkbox"/> Áreas blanquecinas
	Contorno: <input type="checkbox"/> Cóncava <input type="checkbox"/> Abultada
	<input type="checkbox"/> Retraída y con burbujas(normal)
	Movilidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Aumentada

Acumetría

Prueba de Rinne	Oído Derecho <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Prueba de Weber	<input type="checkbox"/> Normal.
	Lateralizada a <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha

Audiometría

NORMAL

PATOLÓGICA

PATOLOGÍA ENCONTRADA: _____

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA

Exploración órgano de la visión

INSPECCIÓN: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

AGUDEZA VISUAL				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

Exploración vascular MMII

	Pierna derecha	Pierna izquierda
Inspección		
Palpación		
Man. Schwartz		
Man. Trendelenburg		
Man. Perthus		

Analítica básica

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4, depresión<2)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES																																																									
Fecha del próximo examen de salud <i>A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:</i>	_____ / _____ / 20____																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 18 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18-45 AÑOS</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIVIAL/TOLERABLE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO CLASIFICADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CASO POSIBLE (presencia de síntomas)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>APTITUD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN INDICACIÓN</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CON INDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA</td> <td>SUMA</td> </tr> <tr> <td>TRIENAL</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANUAL</td> <td>1-4</td> </tr> <tr> <td>INFERIOR A UN AÑO</td> <td>5 o más</td> </tr> </tbody> </table>		PUNTUACIÓN	EDAD		< 18 AÑOS	1	18-45 AÑOS	0	> 45 AÑOS	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO		TRIVIAL/TOLERABLE	0	MODERADO	1	IMPORTANTE	2	NO CLASIFICADO	1	DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)		SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0	CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1	CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3	CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3	APTITUD		APTO	0	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1	INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)		SIN INDICACIÓN	0	CON INDICACIÓN	1	RESULTADO						PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA	TRIENAL	0	ANUAL	1-4	INFERIOR A UN AÑO	5 o más	
	PUNTUACIÓN																																																								
EDAD																																																									
< 18 AÑOS	1																																																								
18-45 AÑOS	0																																																								
> 45 AÑOS	1																																																								
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO																																																									
TRIVIAL/TOLERABLE	0																																																								
MODERADO	1																																																								
IMPORTANTE	2																																																								
NO CLASIFICADO	1																																																								
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)																																																									
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0																																																								
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1																																																								
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3																																																								
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3																																																								
APTITUD																																																									
APTO	0																																																								
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1																																																								
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)																																																									
SIN INDICACIÓN	0																																																								
CON INDICACIÓN	1																																																								
RESULTADO																																																									
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA																																																								
TRIENAL	0																																																								
ANUAL	1-4																																																								
INFERIOR A UN AÑO	5 o más																																																								
Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.																																																									
	Firma																																																								
FECHA:																																																									

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

PERFIL LABORAL:
CAMARERO/A

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M
Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:
Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.
Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....
Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....
Tipo de reconocimiento:
 Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:
Actividad: CNAE:
Domicilio social de la empresa: Localidad:
Ocupación actual del trabajador: CNO:
Centro de trabajo: Número de trabajadores:
Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses
Descripción de las actividades que realiza:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?	
¿Cuántas después de las 22.00 h?	
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?	
¿Realiza tareas para las que no está preparado?	
El reparto de tareas, ¿es adecuado?	
¿Se trabaja en equipo?	
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?	
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?	

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?.</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
RIESGOS RELEVANTES	F. INICIO	F. FIN	INTENSIDAD DE LA EXPOSICIÓN (H/Semana, niveles)	DAÑO PARA LA SALUD
1				
2				
3				

Observaciones:

En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones:

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años

Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: ¿Consume alcohol? No Sí

En caso afirmativo, pasar el test AUDIT C:

AUDIT C

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca | <input type="checkbox"/> |
| (1) Una o menos veces al mes | <input type="checkbox"/> |
| (2) De dos a cuatro veces al mes | <input type="checkbox"/> |
| (3) De dos a cuatro veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| (4) Cuatro o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| (0) Uno o dos | <input type="checkbox"/> |
| (1) Tres o cuatro | <input type="checkbox"/> |
| (2) Cinco o seis | <input type="checkbox"/> |
| (3) Siete a nueve | <input type="checkbox"/> |
| (4) Diez o más | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca | <input type="checkbox"/> |
| (1) Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> |
| (2) Mensualmente | <input type="checkbox"/> |
| (3) Semanalmente | <input type="checkbox"/> |
| (4) A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> |

Posible consumo de riesgo: No

Sí (Puntuación en AUDIT-C > 4 y > 3)

En caso afirmativo:

- Puede remitir a esta persona al sistema asistencial del SNS, concretamente a los servicios de atención primaria, con los resultados de este examen para que allí continúen con su estudio.
- Puede continuar usted con el estudio. En este caso, consulte la web <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/home.htm>

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

Ejercicio físico (además del trabajo)? No Sí En caso afirmativo, especifique:

.....

¿Consume de forma habitual frutas y verduras? No Sí

Situación actual de salud		
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C. 1.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en el último mes, ictericia, diarrea, vómitos, lesiones nasales o infecciones en las manos? <i>En caso afirmativo, especifique.....</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido sensación de pesadez, picor, calambres, parestesias, hinchazones o dolor en las piernas? <i>En caso afirmativo, conteste a las siguientes preguntas:</i> 1.- ¿Tiene antecedentes familiares de varices? 3.- ¿Puede delimitar las zonas afectadas? 4.- ¿Ha observado dilatación venosa, tromboflebitis, hemorragias ocasionales o úlceras? 5.- ¿Tiene alteraciones tróficas o de la pigmentación?	Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.		
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? 3. ¿Se ha sentido muy irritable? 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
		TOTAL ANSIEDAD= <input type="checkbox"/>
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
1. ¿Se ha sentido con poca energía? 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
		TOTAL DEPRESIÓN= <input type="checkbox"/>
CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.		
Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993		

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?			
Tipo de problema de salud	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?
<p>¿Está en situación de?:</p> <p>Embarazo: Meses: ____ FPP: ____</p> <p>Lactancia natural:</p>			
<p>Medicación habitual:</p>			

Questionarios complementarios de síntomas
(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:		¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros:			
Hombro derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombro izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos hombros:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codos:			
Codo derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codo izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos codos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Puños/manos:			
La derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Columna:			
Columna dorsal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna lumbar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Caderas:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rodilla:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tobillos/pies:			
Derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

e) DINAMOMETRÍA

MANO DERECHA:	
MANO IZQUIERDA:	

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

f) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO

Inspección General Vascolar de Miembros Inferiores

		Pierna dcha.	Pierna izda.
Inspección General	Valoración clínica venosa: (International Consensus Committee on Venous Disease) Clase 0: sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa. Clase 1: telangiectasias o venas reticulares Clase 2: varices Clase 3: edema Clase 4: cambios cutáneos de IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema) Clase 5: cambios cutáneos con úlcera activa	CLASE	CLASE
	Palidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trastornos Tróficos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Palpación	-Aumento de temperatura. -Maniobra de Schwartz (oleada) -Alteraciones pulsos periféricos. -Friedad		

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

Pruebas funcionales

- Maniobra de Trendelenburg.
- Maniobra de Perthes.
- Claudicación

Resultados:

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

ANTE EXPOSICIÓN A HUMO DE TABACO

Exploración básica de tórax y cardio-respiratoria

a) Inspección morfológica torácica y movimientos respiratorios.

b) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

c) Auscultación cardiaca.

Frecuencia (pulsaciones/minuto)	
Ritmo (normal o alterado)	
Ruidos cardiacos (normales o alterados)	

Diagnóstico de presunción:

Otras observaciones:

ESPIROMETRÍA BASAL

Resultados:

ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO**Otoscopia**

Conducto Auditivo Externo:	Membrana Timpánica:
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Tapón parcial de cerumen	<input type="checkbox"/> Alterada. Indicar OD OI
<input type="checkbox"/> Tapón total de cerumen	Tipo de alteración:
	Integridad: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Perforada
	Coloración: <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo
	<input type="checkbox"/> Áreas blanquecinas
	Contorno: <input type="checkbox"/> Cóncava <input type="checkbox"/> Abultada
	<input type="checkbox"/> Retraída y con burbujas (normal)
	Movilidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Aumentada

Acumetría

Prueba de Rinne	Oído Derecho <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Prueba de Weber	<input type="checkbox"/> Normal.
	Lateralizada a <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha

Audiometría NORMAL PATOLÓGICA

PATOLOGÍA ENCONTRADA: _____

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA

Exploración órgano de la visión

INSPECCIÓN: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil
 Otros:

AGUDEZA VISUAL				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

Exploración neurológica del equilibrio y coordinación motora

Sensibilidad:	
Fuerza:	
Reflejos:	
Tono muscular:	
Orientación, conducta, memoria, lenguaje:	

Analítica básica

Exploración dermatológica básica

Ante manipulación de monedas, en trabajadores especialmente sensibles con dermatitis de contacto por metales.

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4, depresión<2)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES																																																									
Fecha del próximo examen de salud <i>A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:</i>	_____ / _____ / 20____																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 18 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18-45 AÑOS</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIVIAL/TOLERABLE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO CLASIFICADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CASO POSIBLE (presencia de síntomas)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>APTITUD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN INDICACIÓN</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CON INDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA</td> <td>SUMA</td> </tr> <tr> <td>TRIENAL</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANUAL</td> <td>1-4</td> </tr> <tr> <td>INFERIOR A UN AÑO</td> <td>5 o más</td> </tr> </tbody> </table>		PUNTUACIÓN	EDAD		< 18 AÑOS	1	18-45 AÑOS	0	> 45 AÑOS	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO		TRIVIAL/TOLERABLE	0	MODERADO	1	IMPORTANTE	2	NO CLASIFICADO	1	DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)		SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0	CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1	CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3	CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3	APTITUD		APTO	0	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1	INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)		SIN INDICACIÓN	0	CON INDICACIÓN	1	RESULTADO						PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA	TRIENAL	0	ANUAL	1-4	INFERIOR A UN AÑO	5 o más	
	PUNTUACIÓN																																																								
EDAD																																																									
< 18 AÑOS	1																																																								
18-45 AÑOS	0																																																								
> 45 AÑOS	1																																																								
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO																																																									
TRIVIAL/TOLERABLE	0																																																								
MODERADO	1																																																								
IMPORTANTE	2																																																								
NO CLASIFICADO	1																																																								
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)																																																									
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0																																																								
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1																																																								
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3																																																								
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3																																																								
APTITUD																																																									
APTO	0																																																								
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1																																																								
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)																																																									
SIN INDICACIÓN	0																																																								
CON INDICACIÓN	1																																																								
RESULTADO																																																									
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA																																																								
TRIENAL	0																																																								
ANUAL	1-4																																																								
INFERIOR A UN AÑO	5 o más																																																								
Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.																																																									
	Firma																																																								
FECHA:																																																									

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

PERFIL LABORAL: RECEPCIÓN-CONSERJERÍA

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M

Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:

Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.

Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....

Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....

Tipo de reconocimiento:

Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:

Actividad: CNAE:

Domicilio social de la empresa: Localidad:

Ocupación actual del trabajador: CNO:

Centro de trabajo: Número de trabajadores:

Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses

Descripción de las actividades que realiza:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?	
¿Cuántas después de las 22.00 h?	
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?	
¿Realiza tareas para las que no está preparado?	
El reparto de tareas, ¿es adecuado?	
¿Se trabaja en equipo?	
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?	
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?	

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
RIESGOS RELEVANTES	F. INICIO	F. FIN	INTENSIDAD DE LA EXPOSICIÓN (H/Semana, niveles)	DAÑO PARA LA SALUD
1				
2				
3				

Observaciones:

En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones:

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años

Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: ¿Consume alcohol? No Sí

En caso afirmativo, pasar el test AUDIT C:

AUDIT C	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(4) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>

Possible consumo de riesgo: No

Sí (Puntuación en AUDIT-C > 4 y > 3)

En caso afirmativo:

- Puede remitir a esta persona al sistema asistencial del SNS, concretamente a los servicios de atención primaria, con los resultados de este examen para que allí continúen con su estudio.
- Puede continuar usted con el estudio. En este caso, consulte la web <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/home.htm>

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

¿Ejercicio físico (además del trabajo)? No Sí En caso afirmativo, especifique:

.....

¿Consume de forma habitual frutas y verduras? No Sí

Situación actual de salud		
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha sentido sensación de molestias, picores, etc... en los ojos? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de trabajo con PVDs C2</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido sensación de pesadez, picor, calambres, parestesias, hinchazones o dolor en las piernas? <i>En caso afirmativo, conteste a las siguientes preguntas:</i> 1.- ¿Tiene antecedentes familiares de varices? 3.- ¿Puede delimitar las zonas afectadas? 4.- ¿Ha observado dilatación venosa, tromboflebitis, hemorragias ocasionales o úlceras? 5.- ¿Tiene alteraciones tróficas o de la pigmentación?	Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.		
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? 3. ¿Se ha sentido muy irritable? 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
		TOTAL ANSIEDAD= <input type="checkbox"/>
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
1. ¿Se ha sentido con poca energía? 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
		TOTAL DEPRESIÓN= <input type="checkbox"/>
CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.		
Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993		

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?			
Tipo de problema de salud	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?
<p>¿Está en situación de:</p> <p>Embarazo: Meses: ____ FPP: ____</p> <p>Lactancia natural:</p>			
<p>Medicación habitual:</p>			

Questionarios complementarios de síntomas
(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:		¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros:			
Hombro derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombro izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos hombros:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codos:			
Codo derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codo izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos codos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Puños/manos:			
La derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Columna:			
Columna dorsal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna lumbar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Caderas:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rodilla:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tobillos/pies:			
Derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

e) DINAMOMETRÍA

MANO DERECHA:	
MANO IZQUIERDA:	

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

f) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO

Inspección General Vasculard de Miembros Inferiores

		Pierna dcha.	Pierna izda.
Inspección General	Valoración clínica venosa: (International Consensus Commite on Venous Disease) Clase 0: sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa. Clase 1: telangiectasias o venas reticulares Clase 2: varices Clase 3: edema Clase 4: cambios cutáneos de IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema) Clase 5: cambios cutáneos con úlcera activa	CLASE	CLASE
	Palidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trastornos Tróficos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Palpación	-Aumento de temperatura. -Maniobra de Schwartz (oleada) -Alteraciones pulsos periféricos. -Frialdad		

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

Pruebas funcionales

- Maniobra de Trendelenburg.
- Maniobra de Perthes.
- Claudicación

Resultados:

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA PARA USUARIOS DE PVDs**EXPLORACIÓN BÁSICA****Exploración órgano de la visión****REFLEJOS PUPILARES (REFLEJO FOTOMOTOR)**

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

Inspección: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

Agudeza Visual

En el último año su visión: Ha mejorado Ha empeorado Está igual
 Usa gafas: Para cerca Para lejos Lentillas

Año en el que se puso gafas o lentillas: Año de la última graduación:

Adaptación a las gafas o lentillas: Regular Mala**AGUDEZA VISUAL**

	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

REFRACCIÓN OCULAR

	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

EQUILIBRIO MUSCULAR

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

MOTILIDAD EXTRÍNSECA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

Visión cromática: Nula Colores primarios Colores primarios y matices

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

Analítica básica

Tonometría

Cuando el trabajador es mayor de 40 años, se recomienda remitir al oftalmólogo, a fin de realizar una tonometría y control de la presbicia, especialmente en aquellos casos en los que exista miopía o antecedentes familiares de glaucoma.

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4, depresión<2)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES

Fecha del próximo examen de salud

A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:

_____ / _____ / 20____

	PUNTUACIÓN
EDAD	
< 18 AÑOS	1
18-45 AÑOS	0
> 45 AÑOS	1
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO	
TRIVIAL/TOLERABLE	0
MODERADO	1
IMPORTANTE	2
NO CLASIFICADO	1
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)	
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3
APTITUD	
APTO	0
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)	
SIN INDICACIÓN	0
CON INDICACIÓN	1
RESULTADO	
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA
TRIENAL	0
ANUAL	1-4
INFERIOR A UN AÑO	5 o más

Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.

		Firma
--	--	-------

FECHA:

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

PERFIL LABORAL: ADMINISTRACIÓN

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M
Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:
Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.
Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....
Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....
Tipo de reconocimiento:
 Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:
Actividad: CNAE:
Domicilio social de la empresa: Localidad:
Ocupación actual del trabajador: CNO:
Centro de trabajo: Número de trabajadores:
Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses
Descripción de las actividades que realiza:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?	
¿Cuántas después de las 22.00 h?	
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?	
¿Realiza tareas para las que no está preparado?	
El reparto de tareas, ¿es adecuado?	
¿Se trabaja en equipo?	
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?	
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?	

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?.</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? <i>En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
Riesgos relevantes	F. Inicio	F. Fin	Intensidad de la exposición (h/semana, niveles)	Daño para la salud
1				
2				
3				

Observaciones:
 En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años

Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: ¿Consume alcohol? No Sí

En caso afirmativo, pasar el test AUDIT C:

AUDIT C	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(4) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>

Posible consumo de riesgo: No

Sí (Puntuación en AUDIT-C > 4 y > 3)

En caso afirmativo:

- Puede remitir a esta persona al sistema asistencial del SNS, concretamente a los servicios de atención primaria, con los resultados de este examen para que allí continúen con su estudio.
- Puede continuar usted con el estudio. En este caso, consulte la web <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol/home.htm>

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

Ejercicio físico (además del trabajo)? No Sí En caso afirmativo, especifique:

.....

¿Consume de forma habitual frutas y verduras? No Sí

Situación actual de salud		
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha sentido sensación de molestias, picores, etc... en los ojos? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de trabajo con PVDs C2</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.		
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? 3. ¿Se ha sentido muy irritable? 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
		TOTAL ANSIEDAD= <input type="checkbox"/>
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
1. ¿Se ha sentido con poca energía? 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
		TOTAL DEPRESIÓN= <input type="checkbox"/>
*No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad. CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.		
Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993		

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?			
Tipo de problema de salud	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?
<p>¿Está en situación de:</p> <p>Embarazo: Meses: ____ FPP: ____</p> <p>Lactancia natural:</p>			
<p>Medicación habitual:</p>			

Questionarios complementarios de síntomas
(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:		¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros:			
Hombro derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombro izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos hombros:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codos:			
Codo derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codo izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos codos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Puños/manos:			
La derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Columna:			
Columna dorsal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna lumbar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Caderas:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rodilla:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tobillos/pies:			
Derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

e) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN BÁSICA OFTALMOLÓGICA PARA USUARIOS DE PVDs

Exploración órgano de la visión

REFLEJOS PUPILARES (REFLEJO FOTOMOTOR)

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

Inspección: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

Agudeza Visual

En el último año su visión: Ha mejorado Usa gafas: Para cerca

Ha empeorado Para lejos

Está igual Lentillas

Año en el que se puso gafas o lentillas: Año de la última graduación:

Adaptación a las gafas o lentillas: Regular Mala

AGUDEZA VISUAL

	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

REFRACCIÓN OCULAR

	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

EQUILIBRIO MUSCULAR

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

MOTILIDAD EXTRÍNSECA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

Visión cromática: Nula Colores primarios Colores primarios y matices

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

Analítica básica

Tonometría

Cuando el trabajador es mayor de 40 años, se recomienda remitir al oftalmólogo, a fin de realizar una tonometría y control de la presbicia, especialmente en aquellos casos en los que exista miopía o antecedentes familiares de glaucoma.

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4, depresión<2)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES																																																									
Fecha del próximo examen de salud <i>A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:</i>	_____ / _____ / 20____																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 18 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18-45 AÑOS</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIVIAL/TOLERABLE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO CLASIFICADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CASO POSIBLE (presencia de síntomas)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>APTITUD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN INDICACIÓN</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CON INDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA</td> <td>SUMA</td> </tr> <tr> <td>TRIENAL</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANUAL</td> <td>1-4</td> </tr> <tr> <td>INFERIOR A UN AÑO</td> <td>5 o más</td> </tr> </tbody> </table>		PUNTUACIÓN	EDAD		< 18 AÑOS	1	18-45 AÑOS	0	> 45 AÑOS	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO		TRIVIAL/TOLERABLE	0	MODERADO	1	IMPORTANTE	2	NO CLASIFICADO	1	DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)		SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0	CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1	CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3	CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3	APTITUD		APTO	0	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1	INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)		SIN INDICACIÓN	0	CON INDICACIÓN	1	RESULTADO						PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA	TRIENAL	0	ANUAL	1-4	INFERIOR A UN AÑO	5 o más	
	PUNTUACIÓN																																																								
EDAD																																																									
< 18 AÑOS	1																																																								
18-45 AÑOS	0																																																								
> 45 AÑOS	1																																																								
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO																																																									
TRIVIAL/TOLERABLE	0																																																								
MODERADO	1																																																								
IMPORTANTE	2																																																								
NO CLASIFICADO	1																																																								
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)																																																									
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0																																																								
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1																																																								
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3																																																								
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3																																																								
APTITUD																																																									
APTO	0																																																								
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1																																																								
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)																																																									
SIN INDICACIÓN	0																																																								
CON INDICACIÓN	1																																																								
RESULTADO																																																									
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA																																																								
TRIENAL	0																																																								
ANUAL	1-4																																																								
INFERIOR A UN AÑO	5 o más																																																								
Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.																																																									
	Firma																																																								
FECHA:																																																									

HISTORIAL CLÍNICO-LABORAL

PERFIL LABORAL: MULTIPUESTO

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiado/a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

1. DATOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre: Sexo: H M
Fecha de nacimiento: /..... /..... País de origen: Años en España:
Nº SIP: Nº de la SS: D.N.I.
Dirección: C.P. Ciudad:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: /..... /.....
Fecha de realización actual: /..... /..... Localidad:.....
Tipo de reconocimiento:
 Inicial Periódico Retorno al trabajo Sensibles A petición del trabajador Otros.....

2. HISTORIA LABORAL

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Empresa: Nº CIF:
Actividad: CNAE:
Domicilio social de la empresa: Localidad:
Ocupación actual del trabajador: CNO:
Centro de trabajo: Número de trabajadores:
Fecha de inicio en la empresa: /..... /..... Antigüedad en el puesto: años meses
Descripción de las actividades que realiza:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ¹	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales (ritmos y horario de trabajo...)			

¹ (1. Trivial, 2. Tolerable, 3. Moderado, 4. Importante)

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Medio habitual empleado para los desplazamientos al trabajo:

Caminar Bicicleta Motocicleta Automóvil Transporte colectivo (autobús, tren...)

Tiempo empleado para llegar: < 15' 15'-30' 30'-60' > 60'

CUESTIONARIOS DE EXPOSICIÓN PARA TODOS LOS TRABAJADORES

Sólo en el caso de que no exista información sobre la evaluación de riesgos o esta se considere insuficiente

CONDICIONES ERGONÓMICAS

Tiempo de exposición sobre una jornada habitual	<25%	25-50%	50-75%	>75%
¿Permanece de pie durante su jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manipula cargas de más de 3 Kg. durante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La distancia horizontal de donde tiene que coger o dejar el peso es superior a 50 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La manipulación de las cargas es por encima de los hombros o por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace giros y flexiones del tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Empuja y/o tira de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay vibraciones añadidas a la manipulación de cargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES ORGANIZACIONALES

¿Cuántas horas trabaja diariamente?	
¿Cuántas después de las 22.00 h?	
¿Hace turnos alternando día/noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza descansos en su jornada laboral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su trabajo implica trato directo con clientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Calificar del 1 al 5 (de menos a más)
¿Surgen muchas situaciones imprevistas, no planificadas?	
¿Realiza tareas para las que no está preparado?	
El reparto de tareas, ¿es adecuado?	
¿Se trabaja en equipo?	
¿Puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide?	
¿Puede obtener ayuda de sus superiores/jefes si la pide?	

CONDICIONES AMBIENTALES

¿Trabaja en un ambiente con exposición a humo ambiental de tabaco? <i>En caso afirmativo, indique el número de horas al día en que está expuesto:</i> _____ horas/día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja en un ambiente con niveles de ruido elevado? <i>En caso afirmativo, ¿el ruido le permite seguir una conversación con un compañero situado a 3 metros?</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Utiliza habitualmente productos químicos para la limpieza de enseres o locales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, responda:</i>		
Productos que normalmente utiliza:		
<input type="checkbox"/> Detergentes <input type="checkbox"/> Lejía <input type="checkbox"/> Amoniaco <input type="checkbox"/> Aerosoles <input type="checkbox"/> Salfumán <input type="checkbox"/> Abrillantadores <input type="checkbox"/> Otros		
¿Hace mezclas con diferentes productos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con cuáles?		
¿Desprenden vapores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Utiliza algún equipo de protección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿cuál?</i>		
¿Usa guantes en su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo son?</i>		
TRABAJO CON PVDs		
¿Usa en su puesto de trabajo una pantalla de visualización de datos más de 4 horas al día? <i>En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su actividad?		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando con PVDs (años, meses)?		
¿Cuál es el contenido de su tarea con PVDs?		
<input type="checkbox"/> Introducción de datos <input type="checkbox"/> Diálogo interactivo <input type="checkbox"/> Tratamiento de texto <input type="checkbox"/> Actividad creativa <input type="checkbox"/> Otros		
¿Alterna su trabajo en pantalla con otras actividades:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Media de horas del trabajo en pantalla/semana		
Ritmo de trabajo:	Libre <input type="checkbox"/>	Impuesto <input type="checkbox"/>
¿Considera su trabajo interesante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por qué?		
¿Considera monótono su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la pantalla debida a averías o a los tiempos de espera?		
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
Riesgos relevantes	F. Inicio	F. Fin	Intensidad de la exposición (h/semana, niveles)	Daño para la salud
1				
2				
3				

Observaciones:
 En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos, etc.

OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? Sí No

-Empresa: Puesto de trabajo:.....

-Factores de riesgo más importantes:

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? Sí No ¿Cuántas horas/día?

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

NIVEL DE ESTUDIOS

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, master, MIR, doctorado o análogo	
NS	
NC	

Fuente: II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunidad Valenciana. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales.

3. HISTORIA CLÍNICA

3.1. ANAMNESIS

Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Laboral Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? Sí No Motivo principal

Alergias

Vacunaciones:

VACUNA	SÍ	NO	Nº DOSIS	Fecha ÚLTIMA DOSIS	DOCUMENTADA (SÍ/NO)	Observaciones
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
TÉTANOS/ DIFTERIA (Td)						
TRIPLE VÍRICA						
GRIPE						
OTRAS						

Salud sexual y reproductiva:

¿Ha tenido algún problema de fertilidad (dificultad para tener hijos)?: No Sí

¿Cuál?

Número de hijos:.....

¿Ha tenido Ud. o su pareja?: (Según corresponda) Abortos espontáneos
 Hijos con malformaciones
 Hijos con enfermedades congénitas

Disfunciones sexuales:

Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: No Sí (Días de baja laboral

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo:

.....

Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: No Sí Número cigarrillos/día: Desde: años
Ex-fumador Desde: Meses: Años:

Alcohol: No bebedor Bebedor ocasional Bebedor

Moderado < 40g/día o 280 g/semana (hombre) De riesgo: 40g/día o 280 g/semana (hombre)
 < 20g/día o 170 g/semana (mujer) > 20g/día o 170g/semana (mujer)

¿Suele tomar alguna bebida alcohólica en el trabajo? No Sí

Para recordar equivalencias, la OMS establece a la UBE como la Unidad de Bebida Estándar para medir la cantidad de alcohol

1 UBE = 10 GR (1 COPA VINO / 1 CERVEZA / 1 CARAJILLO / 1 CHUPITO)

2 UBE = 20 GR (1 WHISKY / 1 COPA COÑAC / 1 COMBINADO / 1 "CUBATA")

Otras drogas:

Tipo: Frecuencia:

¿Ejercicio físico? No Sí En caso afirmativo, especifique:

¿Lleva algún tipo de dieta? No Sí En caso afirmativo, especifique:

Situación actual de salud		
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha sentido sensación de molestias, picores, etc... en los ojos? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de trabajo con PVDs C2</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cuestionario psicosocial. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.		
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? 3. ¿Se ha sentido muy irritable? 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
		TOTAL ANSIEDAD= <input type="checkbox"/>
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
1. ¿Se ha sentido con poca energía? 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
		TOTAL DEPRESIÓN= <input type="checkbox"/>
*No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad. CRITERIOS DE VALORACIÓN Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.		
Fuente: GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993		

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?			
Tipo de problema de salud	¿Desde cuándo lo tiene?	¿A qué lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?
<p>¿Está en situación de:</p> <p>Embarazo: Meses: ____ FPP: ____</p> <p>Lactancia natural:</p>			
<p>Medicación habitual:</p>			

Questionarios complementarios de síntomas
(sólo cumplimentar en caso de respuestas afirmativas anteriores)

C.1. Cuestionario de síntomas osteomusculares

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)	
¿Usted ha tenido en los últimos 12 meses problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:		¿Durante los últimos 12 meses ha estado incapacitado para su trabajo por causa del problema?	¿Ha tenido problemas en los últimos 7 días?
Nuca:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombros:			
Hombro derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombro izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos hombros:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codos:			
Codo derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Codo izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos codos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Puños/manos:			
La derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ambos:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Columna:			
Columna dorsal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Columna lumbar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Caderas:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rodilla:			
Derecha:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierda:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tobillos/pies:			
Derecho:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Izquierdo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fuente: Protocolo de vigilancia sanitaria específica. Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial de Salud. 1999

3.2. EXPLORACIÓN BÁSICA

DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso: Kg. Talla: cm. IMC: (Clasificación:)

TA 1ª □ □ □ / □ □ □ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □ □ □ / □ □ □ FC:

EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

a) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

Curvas fisiológicas ant-post	Normal	Aumentada	Disminuida
Cervical			
Dorsal			
Lumbar			

Eje lateral	Normal	Concavidad derecha	Concavidad izquierda
Dorsal			
Cervical			

OBSERVACIONES:

b) MOVILIZACIÓN ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACIÓN DE DOLOR.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SÍNTOMAS A LA EXPLORACIÓN
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

c) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias)

d) MORFOLOGÍA DEL TOBILLO Y PIE (pies planos, cavos, equinos, zambos, talalgias).

e) DINAMOMETRÍA

MANO DERECHA:	
MANO IZQUIERDA:	

Sólo en caso de hallazgos en los apartados anteriores del examen de salud básico, y en función de ellos, se hará:

EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DE ARTICULACIONES.

EXPLORACIÓN DE RODILLA		+/-
Lachman	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARE	Dcha.	
	Izda.	
Pivot CARI	Dcha.	
	Izda.	
Cajón anterior	Dcha.	
	Izda.	
Cajón posterior	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Ext.	Dcha.	
	Izda.	
Bostezo L. Lat. Int.	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN MENISCAL		+/-
Steimann	Dcha.	
	Izda.	
Graham Apley	Dcha.	
	Izda.	
Mac Murray	Dcha.	
	Izda.	
Moragas	Dcha.	
	Izda.	

EXPLORACIÓN DE CADERA		+/-
Trendelenburg	Dcha.	
	Izda.	

(*) Articulación		Abducc.	Adduc.	Extensión	Rot. externa	Rot. interna	Dolor 4/0**	Irradiación	Alt. masa muscular
Hombro	Dch.								
	Izq.								
Codo	Dch.								
	Izq.								
Muñeca	Dch.								
	Izq.								
Mano y dedos	Dch.								
	Izq.								
Cadera	Dch.								
	Izq.								
Rodilla	Dch.								
	Izq.								
Tobillo	Dch.								
	Izq.								

		Varo	Valgo
Codo (*)	Dcho.		
	Izda.		
Genu	Dcho.		
	Izda.		
		Cavo	Plano
Pie (*)	Dcho.		
	Izda.		

f) SIGNOS CLÍNICOS NEUROLÓGICOS

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA LUMBAR	+/-	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MUÑECA	+/-
Lasègue	Dcha.	Test de Phalen	Dcho.
	Izda.		Izda.
Bragard	Dcha.	Test de Tinel	Dcho.
	Izda.		Izda.
		Signo de Finkelstein	Dcho.
			Izda.

Reflejo rotuliano y bicipital:.....

	+/-
Maniobra de ADSON (costilla cervical)	
Maniobra de ALLEN (Raynaud)	
Signo de FROMENT/Fuerza dedos	

Grado 0	Ausenta de signos/síntomas
Grado 1	Parestesias Ligeras
Grado 2	Gr. 1 + dolor intermitente
Grado 3	Gr.2 + limitación funcional
Grado 4	Gr.3+ paresia o Raynaud

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA CIRCULATORIO PERIFÉRICO

Inspección General Vasculard de Miembros Inferiores

		Pierna dcha.	Pierna izda.
Inspección General	Valoración clínica venosa: (International Consensus Committee on Venous Disease) Clase 0: sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa. Clase 1: telangiectasias o venas reticulares Clase 2: varices Clase 3: edema Clase 4: cambios cutáneos de IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema) Clase 5: cambios cutáneos con úlcera activa	CLASE	CLASE
	Palidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trastornos Tróficos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Palpación	-Aumento de temperatura. -Maniobra de Schwartz (oleada) -Alteraciones pulsos periféricos. -Friedad		

En caso de hallazgos en el examen de salud básico, realizar los siguientes estudios:

Pruebas funcionales

- Maniobra de Trendelenburg.
- Maniobra de Perthes.
- Claudicación

Resultados:

EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA PIEL

a) Exploración general superficie cutánea-mucosa.

b) Morfotipo de piel.

c) Alteraciones ungueales.

En caso de detectar alguna alteración, realizar inspección de las áreas donde asientan las lesiones

Búsqueda de síntomas y signos sugestivos de:

- Dermatitis de contacto irritativa aguda o crónica.
- Dermatitis de contacto alérgica aguda o crónica.
- Plodermatitis.

Si presenta algún otro problema dermatológico en el momento de la revisión, describir:.....

.....

Descripción de la lesión:

Tipo de lesión (mácula, pápula, placa, nódulo, tubérculo, habón, vesícula, ampolla, pústula, erosión, úlcera, costra, cicatriz, atrofia, etc.)

Localización

Superficie aproximada

Color

Bordes

Elevación

Otros: textura al tacto, exudados...

d) Signos/síntomas acompañantes en otros órganos, si existen:

SOSPECHA DIAGNOSTICA Y OBSERVACIONES

EXPLORACIÓN DE TÓRAX Y CARDIO-RESPIRATORIA (ante hallazgos en la anamnesis)

a) Inspección morfológica torácica y movimientos respiratorios.

b) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

c) Auscultación cardiaca.

Frecuencia (pulsaciones/minuto)	
Ritmo (normal o alterado)	
Ruidos cardiacos (normales o alterados)	
Diagnóstico de presunción.	
Otras observaciones:	

ESTUDIO BÁSICO:

Espirometría basal

Resultados:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (en función de hallazgos en el examen de salud básico*)

Test de broncodilatación

- ante sospecha de hiperactividad bronquial.
- si patología respiratoria sobrevenida.

Medición seriada de pico-flujo espiratorio

Resultados:

3.3. EXPLORACIONES ESPECIALES

POR CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

ANTE EXPOSICIÓN A HUMO DE TABACO, TIEMPO DE EXPOSICIÓN ELEVADO A PRODUCTOS DE LIMPIEZA, HUMOS O VAPORES (más de 4 horas/día) *(si no se ha realizado en el apartado anterior)*

Exploración básica de tórax y cardio-respiratoria

a) Inspección morfológica torácica y movimientos respiratorios.

b) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

c) Auscultación cardíaca.

Frecuencia (pulsaciones/minuto)	
Ritmo (normal o alterado)	
Ruidos cardíacos (normales o alterados)	

Diagnóstico de presunción:

Otras observaciones:

ESPIROMETRÍA BASAL

Resultados:

ANTE EXPOSICIÓN AL RUIDO**Otoscopia**

Conducto Auditivo Externo:	Membrana Timpánica:
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Tapón parcial de cerumen	<input type="checkbox"/> Alterada. Indicar OD OI
<input type="checkbox"/> Tapón total de cerumen	Tipo de alteración:
	Integridad: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Perforada
	Coloración: <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo
	<input type="checkbox"/> Áreas blanquecinas
	Contorno: <input type="checkbox"/> Cóncava <input type="checkbox"/> Abultada
	<input type="checkbox"/> Retraída y con burbujas (normal)
	Movilidad: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Aumentada

Acumetría

Prueba de Rinne	Oído Derecho <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Prueba de Weber	<input type="checkbox"/> Normal.
	Lateralizada a <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha

Audiometría NORMAL PATOLÓGICA

PATOLOGÍA ENCONTRADA: _____

ANTE EXPOSICIÓN A PVDs (más de 4 horas/día)**Exploración órgano de la visión**

Inspección: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

Agudeza Visual

En el último año su visión: Ha mejorado Ha empeorado Está igual
 Usa gafas: Para cerca Para lejos Lentillas

Año en el que se puso gafas o lentillas: Año de la última graduación:

REFLEJOS PUPILARES (REFLEJO FOTOMOTOR)	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

Adaptación a las gafas o lentillas: Regular Mala

AGUDEZA VISUAL				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

REFRACCIÓN OCULAR				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

EQUILIBRIO MUSCULAR	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

MOTILIDAD EXTRÍNSECA	
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

Visión cromática: Nula Colores primarios Colores primarios y matices

POR CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRABAJADOR. TRABAJADORES SENSIBLES

A criterio del facultativo y como resultado del examen de salud básico y de la información obtenida del trabajador.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA

Exploración órgano de la visión

Inspección: Exoftalmia Asimetría Estrabismo Conjuntivitis Blefaritis
 Orzuelos Chalación Opacidad corneal Arco senil

Otros:

Agudeza Visual

AGUDEZA VISUAL				
	visión lejana		visión distancia trabajo	
	sin corrección	con corrección	sin corrección	con corrección
O.D				
O.I.				

Exploración neurológica del equilibrio y coordinación motora

Sensibilidad:	
Fuerza:	
Reflejos:	
Tono muscular:	
Orientación, conducta, memoria, lenguaje:	

Analítica básica

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		SIN HALLAZGOS (Ausencia de signos y síntomas)	CASO POSIBLE (Presencia de Síntomas)	CASO PROBABLE (Presencia de síntomas y signos/signos)	CASO CONFIRMADO (Diagnóstico de certeza)	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
PIEL									
SISTEMA RESPIRATORIO									
CIRCULATORIO-PERIFÉRICO									
PSICOSOCIAL		(ansiedad<4, depresión<2)	(ansiedad<4, depresión<2)						

APTITUD

APTO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/>	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar:
NO APTO <input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>

Apto sin restricciones

La persona que trabaja podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con medidas de adaptación:

A. Personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

No apto: cuando no sea posible la adaptación del puesto y exista una probabilidad alta de daño para la salud del trabajador o para terceros. Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o el trabajador tenga problemas de salud que le imposibiliten para la realización de las mismas, y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con medidas de adaptación.

Pendiente de calificación:

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de valorar su estado de salud para el desempeño del puesto.

Apto sin restricciones

El trabajador podrá desempeñar su tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES																																																									
Fecha del próximo examen de salud <i>A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud en hostelería siguientes:</i>	_____ / _____ / 20_____																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 18 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18-45 AÑOS</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>> 45 AÑOS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIVIAL/TOLERABLE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>IMPORTANTE</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO CLASIFICADO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CASO POSIBLE (presencia de síntomas)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>APTITUD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN INDICACIÓN</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CON INDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA</td> <td>SUMA</td> </tr> <tr> <td>TRIENAL</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANUAL</td> <td>1-4</td> </tr> <tr> <td>INFERIOR A UN AÑO</td> <td>5 o más</td> </tr> </tbody> </table>		PUNTUACIÓN	EDAD		< 18 AÑOS	1	18-45 AÑOS	0	> 45 AÑOS	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO		TRIVIAL/TOLERABLE	0	MODERADO	1	IMPORTANTE	2	NO CLASIFICADO	1	DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)		SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0	CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1	CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3	CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3	APTITUD		APTO	0	APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1	INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)		SIN INDICACIÓN	0	CON INDICACIÓN	1	RESULTADO						PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA	TRIENAL	0	ANUAL	1-4	INFERIOR A UN AÑO	5 o más	
	PUNTUACIÓN																																																								
EDAD																																																									
< 18 AÑOS	1																																																								
18-45 AÑOS	0																																																								
> 45 AÑOS	1																																																								
VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO																																																									
TRIVIAL/TOLERABLE	0																																																								
MODERADO	1																																																								
IMPORTANTE	2																																																								
NO CLASIFICADO	1																																																								
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)																																																									
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0																																																								
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1																																																								
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3																																																								
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3																																																								
APTITUD																																																									
APTO	0																																																								
APTO CON MEDIDAS DE ADAPTACIÓN	1																																																								
INDICACIÓN LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)																																																									
SIN INDICACIÓN	0																																																								
CON INDICACIÓN	1																																																								
RESULTADO																																																									
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA																																																								
TRIENAL	0																																																								
ANUAL	1-4																																																								
INFERIOR A UN AÑO	5 o más																																																								
Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.																																																									
	Firma																																																								
FECHA:																																																									

Anexo II. Cuestionario básico de salud para iniciar el examen de salud periódico

EXAMEN DE SALUD PERIÓDICO. CUESTIONARIO DE SALUD INICIAL

Apellidos:	Nombre:
DNI:	Fecha último reconocimiento:
Empresa:	
Puesto de trabajo:	

Desde el último reconocimiento,

¿Ha cambiado de puesto de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha padecido alguna intervención quirúrgica o ingreso hospitalario?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha consultado algún medico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha estado en tratamiento médico por algún problema de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si es mujer: ¿ha estado o está embarazada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún accidente de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como dolor, contracturas, etc. en cuello, espalda, miembros superiores o inferiores? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas osteomusculares C.1.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema en la piel, como quemaduras, irritaciones, eczema, etc.? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario dermatológico C.2.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en los últimos 12 meses tos, expectoración, dolor en el pecho, ruidos en el pecho o falta de respiración? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de síntomas respiratorios C.3.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún problema como depresión, ansiedad, problemas para conciliar el sueño...? <i>En caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario de ansiedad depresión del Goldberg</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido en los últimos 12 meses algún otro problema de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique el problema: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anotaciones:		
Fecha: ___/___/___		

Anexo III. Documento de intercambio de información sanitaria (DIIS)

Se propone el siguiente formato:

LOGO DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN		DOCUMENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA			
HOSTELERÍA					
Datos del trabajador o trabajadora	Nombre: _____				
	Apellidos: _____				
	DNI: _____				
Perfiles laborales	Tipo de examen (inicial, periódico...)	Fecha de realización del examen	Resultados del examen	Periodicidad mínima recomendada	Datos del médico del trabajo (nombre, apellidos, nº colegiado)
Limpieza					
Camareros					
Cocina					
Recepción/ Conserjería					
Administración					
Multipuesto					
Observaciones/ Recomendaciones					
Firma					

Anexo IV. Autores de la primera edición

- Valentín Esteban Buedo.** Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat.
- Encarna Santolaria Bartolomé.** Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública.
- Sonia Casanova Vivas.** Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública.
- Juan Ángel Ferrer Azcona.** Especialista en Medicina del Trabajo. MICROSERVICIOS. Benidorm.
- José Benito López Serrano.** Sociedad de Prevención de ASEPEYO.
- Guillermo Soriano Tarín.** Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana. AMCTV.
- Francisco Martínez Valls.** Asociación Empresarial de Servicios de Prevención Ajenos de la Comunidad Valenciana. SERPRECOVA.
- Alfonso Segura Villanueva.** Colegio Oficial de Médicos de Castellón.
- Jesús Albert Sanz.** Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad en el Trabajo. SVMST.
- Josep Maria Gil Alcamí.** Epidemiología. Unión de Mutuas.
- Christopher Schock.** Asociación Valenciana de Mutuas de Accidentes de Trabajo. AVAMAT.
- Emilio Cogollos Pérez.** Colegio Oficial de Médicos de Valencia.
- Pere Boix i Ferrando.** Área I+D+I. Unión de Mutuas.
- Ignacio José Peñarrubia Pérez (CECOVA).**
- Pilar Ors Zarzoso.** Unidad de Salud Laboral. Benicarló.
- Eva Flores Reos.** Unidad de Salud Laboral. Alicante.
- José A. Carnero Peón.** Unidad de Salud Laboral. Dénia.
- Matías Carbajal Valdés.** Unidad de Salud Laboral. Orihuela.
- José Ramón Negre Peña.** Unidad de Salud Laboral. Castellón.
- Francisco Clemente Ramón.** Unidad de Salud Laboral. Benidorm.
- Vicent Villanueva Ballester.** Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública.
- Sonia Colominas.** Unidad de Salud Laboral. Benidorm.
- Gracia Barrué Broch.** Unidad de Salud Laboral. Castellón.
- Remigi Soler Alba.** Unidad de Salud Laboral. Valencia.
- Montserrat García Gómez.** Área de Salud Laboral. MSCBS.



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

www.mscbs.gob.es