

COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (Art. 5, Real Decreto 1299/2006)

DATOS DEL CENTRO SANITARIO

Nombre _____
 Dirección _____
 Código Postal _____
 Municipio _____
 Provincia _____

CUMPLIMENTAR POR LA FACULTATIVA O FACULTATIVO DEL SSPA

1 Datos de la facultativa o facultativo del SSPA o sello identificativo.

Nombre _____
 Apellido 1 _____
 Apellido 2 _____
 CNP _____

2 Datos o etiqueta identificativa de la paciente o del paciente.

Nombre _____
 Apellido 1 _____
 Apellido 2 _____
 Número de Tarjeta Sanitaria _____ DNI _____

3 Situación laboral de la paciente o del paciente.

Teléfonos de la paciente o del paciente _____

Activa/o

Desempleada/o

Jubilada/o

4 Motivos por los cuales sospecho que la trabajadora o el trabajador tiene una enfermedad profesional.

4.1. Diagnóstico literal de la Enfermedad _____

4.2. Código CIE-9 Parte del cuerpo afectada _____

Tipo de asistencia dispensada: Ambulatoria

Hospitalaria

Posible agente causante _____

Enfermedad Profesional originada por:

Agentes químicos: _____

Agentes físicos: _____

Agentes biológicos: _____

Inhalación de
sustancias y
agentes no recogidos
en otros apartados: _____

Enfermedades de
la piel no recogidas
en otros apartados: _____

Agentes
carcinogénicos: _____

5. Firma de la facultativa o facultativo del SSPA _____

6. Fecha _____