

COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR LAS PERSONAS FACULTATIVAS MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1. DATOS DE/LA PACIENTE											
1.1. DNI/NIE O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONA EXTRANJERAS					1.2. N° AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL						
1.3. APELLIDO 1°		1.4. APELLIDO 2°		1.5. NOMBRE			1.6. FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		1.7. SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
1.8. DIRECCIÓN	TIPO DE VIA	NOMBRE DE LA VIA	N°	KM	BLOQUE	PISO	PUERTA	MUNICIPIO	CP	COD. MUNICIPAL	PROVINCIA
1.9. NACIONALIDAD		1.10. TELÉFONO 1		1.11. TELÉFONO 2		1.12. MÓVIL		1.13. FECHA DE INGRESO EN LA EMPRESA (DD/MM/AAAA)			

2. MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL				
2.1. NOMBRE			2.2. NÚMERO	
2.3. DIRECCIÓN COMPLETA		MUNICIPIO	CP	PROVINCIA

3. HISTORIA CLÍNICA – LABORAL EN RELACIÓN AL CASO						
3.1.1. NOMBRE DE LA EMPRESA		3.1.2. CIF/NIF DE LA EMPRESA		3.1.3. CUENTA DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
3.1.4. CENTRO DE TRABAJO		NOMBRE DEL MUNICIPIO O LOCALIDAD		CP	COD. MUNICIPAL	PROVINCIA
3.1.5. PROFESIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA (Titulaciones Académicas). Poner un campo por cada una de las titulaciones académicas.						
3.1.6. OCUPACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA		CÓDIGO DE LA CNO-11 (4 Dígitos)	DENOMINACIÓN SEGÚN LA CNO-11			
3.1.7. PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (Según Clasificación Nacional de Ocupaciones)						
CÓDIGO DE LA CNO-11 (4 Dígitos)	DENOMINACIÓN SEGÚN LA CNO-11		TIEMPO EN EL PUESTO DE TRABAJO (EN MESES)	TIPO CONTRATO		
3.1.8. PUESTO DE TRABAJO RELACIONADO CON LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (si es distinto del 3.1.7.)						
CÓDIGO DE LA CNO-11 (4 Dígitos)	DENOMINACIÓN SEGÚN LA CNO-11		TIEMPO EN EL PUESTO DE TRABAJO (EN MESES)	TIPO CONTRATO		
3.1.9. ¿UTILIZA EL TRABAJADOR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SU PUESTO DE TRABAJO RELACIONADO CON LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?						
- SI <input type="checkbox"/>	- NO <input type="checkbox"/>	CAUSA:				
OTRO:						
3.2. SI LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL PRODUCIDA CORRESPONDE A UNA EMPRESA DISTINTA DE LA QUE TRABAJA						
3.2.1. NOMBRE DE LA EMPRESA		3.2.2. NIF DE LA EMPRESA, si se dispone		3.2.3. CUENTA DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
3.2.4. CENTRO DE TRABAJO (SI SE DISPONE)		NOMBRE DEL MUNICIPIO O LOCALIDAD		CP	COD. MUNICIPAL	PROVINCIA
3.2.5. MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (será la misma que la del apartado 2 de este Anexo I)						
NOMBRE			NÚMERO			
DIRECCIÓN COMPLETA		MUNICIPIO	CP	COD. MUNICIPAL	PROVINCIA	
3.2.6. OCUPACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA EN RELACIÓN A LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL						
CÓDIGO DE LA CNO-11 (4 Dígitos), si se dispone	DENOMINACIÓN SEGÚN LA CNO-11, si se dispone		TIEMPO EN EL PUESTO DE TRABAJO (MESES)	TIPO CONTRATO		
3.2.7. ¿UTILIZABA EL TRABAJADOR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SU PUESTO DE TRABAJO RELACIONADO CON LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?						
- SI <input type="checkbox"/>	- NO <input type="checkbox"/>	CAUSA:				
OTRO:						

COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR LAS PERSONAS FACULTATIVAS MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

3.3. DIAGNÓSTICO/S DE SOSPECHA (crear un campo por cada uno de ellos si es más de un diagnóstico):		
- DIAGNÓSTICO (1)	FECHA (DD/MM/AAAA)	3.4. CÓDIGO/S CIE-10 (4 dígitos)
- DIAGNÓSTICO (2)	FECHA (DD/MM/AAAA)	3.4. CÓDIGO/S CIE-10 (4 dígitos)
- DIAGNÓSTICO (3)	FECHA (DD/MM/AAAA)	3.4. CÓDIGO/S CIE-10 (4 dígitos)

3.5. PARTES DEL CUERPO AFECTADA, (poner la parte del cuerpo afectada con su código correspondiente, según se establece en la tabla <<Partes del Cuerpo>>.	
- DENOMINACIÓN DE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA:	- CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO:
- DENOMINACIÓN DE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA:	- CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO:
- DENOMINACIÓN DE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA:	- CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO:
- DENOMINACIÓN DE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA:	- CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO:
- DENOMINACIÓN DE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA:	- CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO:

3.6. CÓDIGO/S DEL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES, según código de los Anexos 1 y 2 del cuadro de enfermedades profesionales (6 dígitos).			
- CÓDIGO (1)	3.7 TRABAJO RELACIONADO (1)	3.8 AGENTE CAUSAL (1)	3.9 FECHA DEL DIAGNÓSTICO (1) (DD/MM/AAAA)
- CÓDIGO (2)	3.7 TRABAJO RELACIONADO (2)	3.8 AGENTE CAUSAL (2)	3.9 FECHA DEL DIAGNÓSTICO (2) (DD/MM/AAAA)
- CÓDIGO (3)	3.7 TRABAJO RELACIONADO (3)	3.8 AGENTE CAUSAL (3)	3.9 FECHA DEL DIAGNÓSTICO (3) (DD/MM/AAAA)
- CÓDIGO (4)	3.7 TRABAJO RELACIONADO (4)	3.8 AGENTE CAUSAL (4)	3.9 FECHA DEL DIAGNÓSTICO (4) (DD/MM/AAAA)
- CÓDIGO (5)	3.7 TRABAJO RELACIONADO (5)	3.8 AGENTE CAUSAL (5)	3.9 FECHA DEL DIAGNÓSTICO (5) (DD/MM/AAAA)

3.10. OBSERVACIONES

4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO QUE COMUNICA

4.1 APELLIDO 1	4.2 APELLIDO 2	4.3. NOMBRE		4.4 NÚMERO COLEGIACIÓN					
4.5. SERVICIO DE PREVENCIÓN - DENOMINACIÓN DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN		- TIPO (Ajeno, Propio, Mancomunado)		- CÓDIGO DE acreditación por la autoridad laboral para los servicios de prevención ajenos					
-DIRECCIÓN DEL CENTRO SANITARIO DE LA PERSONA FACULTATIVA MÉDICA QUE REALIZA LA VIGILANCIA DE LA SALUD:									
DENOMINACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	KM	BLOQUE	PISO	PUERTA
-NOMBRE DEL MUNICIPIO O LOCALIDAD		CP	CÓDIGO MUNICIPAL	PROVINCIA	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	MÓVIL		
4.6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO (NICA) DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA PERSONA FACULTATIVA MÉDICA QUE REALIZA LA COMUNICACIÓN:									
FIRMA, rúbrica de la persona facultativa médica que comunica y sello del Servicio de Prevención:							FECHA (DD/MM/AAAA)		