

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL

I.-DATOS DE LA EMPRESA

Razón social (1)						
Centro de trabajo (2)						
Dirección(3)						
Teléfonos / fax(4)						
Actividad Económica(5)						
Registro Mercantil(6)	(6.0)					
	Fecha(6.1)	dd/mm/aa	Bajo el N°(6.2)		Tomo(6.3)	
	Ultima Actualización					
	Fecha(6.4)	dd/mm/aa	Bajo el N°(6.5)		Tomo(6.6)	
Representante Legal (7)	Nombre y Apellido			Cédula de Identidad		
N° IVSS (8)						
RIF (9)						
NIL(10)						
N° de Trabajadores(11)	TOTAL:					
	Hombres		Mujeres			
	Aprendices		Extranjeros			
	Discapacitados		Adolescentes			

II.-DATOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellido(12)	Cédula de Identidad N°(13)	Condición (14)

ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

III.- DATOS PERSONALES Y OCUPACIONALES DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA AFECTADO:

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos(15):		
Cédula de identidad N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E (16)		
Sexo(17): <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad (18):	Edo Civil(19): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> CC
Mano dominante(20): <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda		
Telef. (hab.) (21)		Telef.(Trab)
Dirección de Habitación(22):		
Fecha de Nacimiento(23): dd/mm/aa		
Nivel Educativo (24): <input type="checkbox"/> Iltrado <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior: Especifique:	Fecha de ingreso: Empresa/Institución/Cooperativa(25): dd/mm/aa	
Tipo de Contrato (26):		
Fecha de Egreso Forma 14 03 (Si aplica) (27): dd/mm/aa		
Fecha de inscripción ante el IVSS (Forma 14 02) (28): dd/mm/aa		
Patología diagnosticada al trabajador (29):		
Jornada de trabajo(30): <input type="checkbox"/> DIURNA <input type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> ROTATIVO <input type="checkbox"/> MIXTO		
Horario de Trabajo(31):		

Situación laboral actual (32) :
Despedido <input type="checkbox"/> Reposo Médico <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
Grupo étnico(33):
Blanco <input type="checkbox"/> Afro descendiente <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Etnia indígena <input type="checkbox"/>

IV.- ANTECEDENTES LABORALES (Relación cronológica de los trabajos realizados)

Empresa (34)	Fecha(35) dd/mm/aa		Cargo(36)	Actividades que realizaba (37)
	Inicio	Final		

Se agrega Anexo registro adicional de planilla preingreso, declaratoria de trabajos anteriores.

V.- DESCRIPCIÓN DEL CARGO O LOS CARGOS OCUPADOS

Cargos ocupados(38)	Puestos de trabajo(39)	Tiempo de exposición total (40) (especificar tipo de jornada y horario)	Actividad principal (41)

VI.- VACACIONES

Vacaciones disfrutadas (42)(Año)	Inicio(43) dd/mm/aa	Final(44) Dd/mm/aa	Duración (45)(Días)

VII EXÁMENES MÉDICOS PRACTICADOS

Encabezado del Servicio de Seguridad Y Salud en el Trabajo

Exámenes	Tipo de examen (46)	Fecha (47) dd/mm/aa	Resultado(48)
Pre Empleo			
Periódico			
Específicos según factores de riesgo			
Pre-Vacacionales			
Post-Vacacionales			
Post_Empleo			

VII.- INFORMACIÓN SOBRE PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN

¿RECIBIÓ EL TRABAJADOR AFECTADO INFORMACIÓN POR ESCRITO ACERCA DE LOS PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN DE LAS CONDICIONES INSEGURAS O INSALUBRES PRESENTES EN EL AMBIENTE LABORAL DEL PUESTO O LOS PUESTOS OCUPADOS? Ajustado a los artículos 53 numeral 1, 56 numerales 3 y 4 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcyamat)

Si No (49)

Especifique: Por cada puesto de trabajo ocupado, al producirse algún cambio o al efectuarse alguna modificación.

Principios de la Prevención de las Condiciones Inseguras o Insalubres (50)	Fecha Recibido Por El Trabajador (51) dd/mm/aa
Nombre del documento	

VIII.- PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PERIÓDICA EN MATERIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (Art. 53 numeral 2 y 56 numeral 3 y artículo 58 de la Lopcyamat:

Denominación de la Formación(52) (especifique)	Fecha (53)dd/mm/aa	Duración (54)(días)

IX.- EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DOTADO AL TRABAJADOR O TRABAJADORA EN EL PUESTO DE TRABAJO DURANTE EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN:

-(55)-

Denominación del equipo:
Especificación técnica:
Justificación del uso:
Fecha o Fechas, en que fueron recibidos por el trabajador: (56) Especifique (Deterioro, pérdida, cambio de puesto de trabajo o dotación periódica)

DATOS DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X.- SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿Existía el servicio de seguridad y salud en el trabajo durante el tiempo de exposición del trabajador?

Sí No (57)

Especifique en caso de ser afirmativo:

-(58)-

Fecha de conformación: dd/mm/aa
Propio <input type="checkbox"/> Mancomunado <input type="checkbox"/>
Organigrama del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo
Horarios de trabajo del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo :
Funciones realizadas por el servicio medico relacionadas con el puesto de trabajo durante el período de exposición (Artículo 39, 40 y 62 de la Lopcymat y 34 del Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Reglamento de la Lopcymat): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inspecciones (Identificación de las condiciones de trabajo) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vigilancia epidemiológica (Medidas de control en la fuente) Especifique:

--

PERSONAS QUE INTEGRAN EL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.- (59):

Nombre y Apellido	Cédula de Identidad N°	Profesión	Cargo	N° de registro ante el Inpsasel

XI.- PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿Existía el programa de seguridad y salud en el trabajo durante el tiempo de exposición del trabajador?

Sí No .-(60).-

Especifique en caso de ser afirmativo:

Fecha de elaboración.-(61): dd/mm/aa
¿Fue elaborado conforme a la norma vigente sobre la materia (Norma COVENIN 2260 o la Norma Técnica para la Elaboración, Implementación y Evaluación del Programa de Seguridad y Salud en el trabajo?.-(62).-
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de elaboración: dd/mm/aa

XII.- COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

¿Estuvo constituido el Comité de Seguridad y Salud Laboral durante el tiempo de exposición del trabajador o trabajadora a los procesos peligrosos asociados a la enfermedad?

Sí No .-(63).-

Especifique en caso de ser afirmativo:

Fecha de Constitución: dd/mm/aa

XIII.-CRITERIO HIGIÉNICO OCUPACIONAL

Indicar puesto de trabajo.-(64).-:

Procesos Peligrosos Asociados con la Enfermedad.-(65).-	Tiempo de Exposición.-(66).-	Tipo de Jornadas .-(67).-

CONDICIONES DE TRABAJO ASOCIADAS A LA PATOLOGÍA Y PROCESOS PELIGROSOS DERIVADOS DEL PROCESO DE TRABAJO

Descripción	Procesos Peligrosos (68)	Condición Insegura, Insalubre o Peligrosa Asociada a la Patología (69)
Intrínsecos al objeto de trabajo y sus transformaciones.		
Derivados de los medios de trabajo		
Derivados de la organización del trabajo.		
Derivados de la Interacción del Objeto – Medio y Organización del Trabajo.		

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO Y DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA AFECTADO POR LA ENFERMEDAD

Condición Evaluada (70)	Resultado (71)	Valor Técnico de Referencia (72)

XIV.- DESCRIPCIÓN DEL O LOS AGENTES ETIOLÓGICOS PRESENTE EN LOS PUESTOS DE TRABAJO QUE LABORÓ O LABORA EL TRABAJADOR O TRABAJADORA AFECTADO POR LA ENFERMEDAD (Artículo 56 numeral 4 de la LOPCYMAT).- (73).-

Física:
Química:
Biológica:
Disergonómica:
Psicosocial:
Meteorológico:

XV.- CONTROLES REALIZADOS

Controles realizados al o los puesto de trabajo asociado a la patología
.- (74) .-

En la fuente:
En el medio:
Controles administrativos:

Nota: Especifique la fecha de realización.

XVI.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

MORBILIDAD GENERAL Y ESPECÍFICA REFERIDA AL CARGO Y AL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA AFECTADA, REGISTRADA POR EL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Morbilidad general (75)	Morbilidad específica(76)	Morbilidad específica por puesto de trabajo(77)	Año(78)
Número de trabajadores afectados por cualquier patología sobre el total de trabajadores de la empresa x el amplificador	Número de trabajadores afectados por la patología sobre el total de trabajadores de la empresa x el amplificador	Número de trabajadores afectados por la patología sobre el total de trabajadores en el mismo puesto de trabajo en la empresa x el amplificador	

RESULTADOS DE EVALUACIONES MÉDICAS REALIZADAS POR LA EMPRESA A LOS TRABAJADORES O TRABAJADORAS QUE LABORAN EN LOS CARGOS O PUESTOS DE TRABAJO SOMETIDOS A INVESTIGACIÓN .-(79).-

Evaluación del puesto de trabajo:
Método utilizado en la evaluación del puesto de trabajo:
Fecha:

INDICAR RESULTADOS DE ENCUESTAS O ENTREVISTAS (DE FORMA ANÓNIMA), REALIZADAS A LAS TRABAJADORAS Y LOS TRABAJADORES, QUE OCUPAN U OCUPARON PUESTOS DE TRABAJO SIMILARES AL CARGO Y AL PUESTO INVESTIGADO, (SÓLO EN EL CASO QUE LA MORBILIDAD NO REFLEJE LA PATOLOGÍA PRESENTE EN LA TRABAJADORA O EL TRABAJADOR Y SE INVESTIGUE O ESTUDIE ENFERMEDADES DE TIPO MÚSCULO ESQUELÉTICO).-(80).-

--

RESUMEN DE LOS REPOSOS MÉDICOS ASOCIADOS A LA PATOLOGÍA: .-(81)

Período dd/mm/aa	Motivo del Reposo	Puesto de Trabajo
------------------	-------------------	-------------------

XVII.- CRITERIO CLÍNICO

IDENTIFICACIÓN REALIZADA POR EL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, RESPECTO AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD:-(82).-

(Motivo de consulta)	
Fecha y lugar donde se realiza la evaluación médica.	
Antecedentes clínicos personales	
Antecedentes Clínicos Familiares	
Antropometría	
Resumen Clínico de la Enfermedad Ocupacional (énfasis en la ocurrencia de la enfermedad ocupacional y su atención)	
Datos resultantes positivos del examen físico	
Resumen de Evaluaciones Clínicas especializadas realizadas para complementar el diagnóstico	
Impresión Diagnóstica o Diagnóstico confirmado (incluir la presunción del origen y/o agravada por la ocupación)	
Nombre y especialidad de la médica o médico que realizó la evaluación	

XVIII.- CRITERIO PARACLÍNICO

Evaluaciones de apoyo y soporte del criterio clínico.-(83).-

Encabezado del Servicio de Seguridad Y Salud en el Trabajo

Exámenes Realizados	Resultado.	Fecha del Exámen	Institución Dispensadora Publico/Privado

Se refiere a exámenes de laboratorio, diagnóstico de imagen, espirometría, audiometría, entre otros, realizadas a la trabajadora afectada o el trabajador afectado.

XIX.- CONCLUSIONES GENERALES FINALES DEL CASO:

Identificación de las causas que generaron la Patología.-(84).-

XX.- MEDIDAS CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS Y PLANES DE ACCIÓN PROPUESTAS POR EL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO PARA EVITAR PATOLOGÍAS SIMILARES.-(85).-

FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DEL INFORME

POR EL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Nombre, Apellido, Cargo y Firma.

DELEGADOS Y DELEGADAS DE PREVENCIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Encabezado del Servicio de Seguridad Y Salud en el Trabajo

Nombre, Apellido, Cargo y Firma.

MIEMBROS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL.

Nombre, Apellido, Cargo y Firma.

RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR O EMPLEADORA

Nombre, Apellido, Cargo, del receptor o receptora:

Fecha, firma y sello de recibido: