**PROPUESTAS y SUGERENCIAS**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa: |  |  | Legajo N°: |  |

Gerente de RR.HH

Por la presente se informa que conforme a los resultados obtenidos en el relevamiento efectuado y que le han sido presentados oportunamente, se somete a vuestra consideración la siguiente propuesta:

La misma deberá ser llevada a cabo con el empleado cuyos datos se informan a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | |
| Apellido y Nombre: |  | | |
| DNI N°: |  | | |
| Fecha de Nacimiento: |  | Edad: |  |
| Estado Civil: |  | | |
| Grupo Familiar: |  | | |
| Domicilio: |  | | |
| Teléfono: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS LABORALES** | | | |
| Fecha de ingreso: |  | Antigüedad: |  |
| Puesto o tarea: |  | | |
| Lugar de trabajo: |  | | |
| Nivel de estudios: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE INTERES** | | | | | | |
| Desde el ingreso a la actualidad ¿Cambió de puesto de trabajo? | | | | NO |  |  |
| SI |  | ¿Cuantas veces? |  | | | |
|  | | ¿Por qué causas? |  | | | |
|  | | ¿Fue reubicado? |  | | | |
|  | | ¿Fue recalificado? |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DE INTERES MEDICO LABORAL** | | | |
| **Situación de Salud Actual** |  | | |
| Fecha de inicio de la licencia: |  | Cantidad de  días acumulados: |  |
| Diagnóstico de la afección: |  | | |
|  | | | |
| Otros datos de interés: |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

Hoja 1 de 2

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿El operario presenta una afección riesgosa para el o para los demás? | NO |  | SI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿En que consiste la afección? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es el riesgo potencial? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Encontró algún signo o síntoma que señala mala realización de una tarea? | NO |  | SI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Describa el síntoma o signo hallado: |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Encontró algún signo o síntoma que señale la existencia de un factor contaminante o agente nocivo | | | | |
| que afecta o podría afectar a todo el grupo? | NO |  | SI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál podría ser el agente? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha detectado un área, puesto, tarea o función donde aparece el agente? | NO |  | SI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es la tarea, puesto o función? |  |

CONSIDERACIONES MEDICO LABORALES

(Explique sintéticamente su apreciación)

SUGERENCIAS

A efectos de lograr un abordaje integral del tema resulta conveniente notificar a las siguientes áreas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área Notificada | Fecha | Hora | Firma del encargado |
| Higiene y seguridad |  |  |  |
| Vigilancia |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma y aclaración del Médico |  |

Hoja 2 de 2