

DECLARACIÓN DO ESTADO DE SAÚDE

DATOS DE FILIACIÓN			
Apelidos			
Nome			
DNI		Data de nacemento	
Natural de			
Teléfono		Correo electrónico USC	

DATOS LABORAIS ACTUAIS	
Contrato: <input type="checkbox"/> Indefinido/Fixo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Formación Outro:	
Posto de traballo:	
Centro de traballo:	
Departamento:	Laboratorio:

ANTECEDENTES PROFESIONAIS		
Centro de traballo	Oficio/Categoría	Meses/Anos

MINUSVALÍA	
Minusvalía (tipo, grao e ano)	

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Parentesco	Enfermidades	Falecido
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

INTERVENCIÓNS CIRÚRXCICAS

Data	Motivo da intervención

PADECEU ALGUNHA DAS ENFERMIIDADES SEGUINTE?
(En caso afirmativo marcar cunha X)

SISTEMA LOCOMOTOR

Artrite	<input type="checkbox"/>
Fracturas óseas	<input type="checkbox"/>
Outros:	

SISTEMA RESPIRATORIO

Tuberculose	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Disfonía/afonía	<input type="checkbox"/>
Outros:	

SISTEMA NERVIOSO

Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Trastornos do sono	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>
Ansiedade	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>
Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>
Trastornos da personalidade	<input type="checkbox"/>
Outros:	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>
Anxina de peito	<input type="checkbox"/>
Perda de coñecemento	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>
Edema en membros inferiores	<input type="checkbox"/>
Outros:	

SISTEMA SENSORIAL

OIDO	Vertixe	<input type="checkbox"/>
	Acúfenos (pitidos no oído)	<input type="checkbox"/>
	Diminución de audición	<input type="checkbox"/>
Enfermidade ocular		<input type="checkbox"/>
Alteracións da sensibilidade		<input type="checkbox"/>
Outros:		

SISTEMA UROXENITAL

Cálculos/cólicos renais	<input type="checkbox"/>
Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>
Infeccións de repetición	<input type="checkbox"/>
Enferm. xinecolóxicas	<input type="checkbox"/>
Outros:	

SISTEMA DIXESTIVO

Úlcera gastro-duodenal		<input type="checkbox"/>
Hernia de hiato		<input type="checkbox"/>
Problemas dixestivos	Refluxo	<input type="checkbox"/>
	Dixestións lentas	<input type="checkbox"/>
Outros:		

ANTECEDENTES PERSONAIS

Enfermidades actuais (incluídas crónicas)	
--	--

HÁBITOS DE CONSUMO

MEDICACIÓN ACTUAL					
TABACO	Fuma		ALCOL	Bebe alcol	
	Ano de inicio			Tipo de bebida	<input type="checkbox"/> Fermentadas <input type="checkbox"/> Destiladas
OUTRAS DROGAS	Tipo:			Frecuencia	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Ocasional
	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Ocasional			
AFICIONES					
DEPORTES					

ALERXIAS

MEDICAMENTOS		OTROS	

OUTROS DATOS OU ENFERMIDADES DE INTERESE

--

Lembre:

- **Aportar cartilla de vacinación.**
- **Avisar se está embarazada.**

As respostas anteriores foron contestadas polo traballador/a, quen asina e ratifica o presente Cuestionario de Estado de Saúde.

En Santiago de Compostela, a ____ de _____ de 20____
O/A TRABALLADOR/A

Asdo: _____