

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DE SALUD

Fecha Examen de Salud:	Empresa: CONSORCIO BOMBEROS DE TENERIFE
Puesto de trabajo: ASPIRANTE PROCEDIMIENTO SELECTIVO 10 PLAZAS DE BOMBERO ESP. COND. Y LISTA DE RESERVA	
Centro de trabajo: -----	Provincia: SANTA CRUZ DE TENERIFE

### Datos personales de la persona trabajadora

Nombre y Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	D.N.I.:
Sexo:	Teléfono:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Provincia:	Email*:

\*La entrega del **Exámen de Salud será a través del expediente virtual** al mail indicado. Para ello, deberá cumplimentar correctamente el campo email en mayúsculas.

Grupo Preving le informa: en su beneficio, y para llevar a cabo el examen de salud que incluye una valoración médica y pruebas complementarias, le rogamos que lea atentamente la normativa legal que le afecta:

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	PREVING CONSULTORES, S.L.U.
Finalidad	Realización de Examen de Salud
Legitimación	Consentimiento prestado para la realización del Examen de Salud
Destinatarios	Salvo obligación legal, exclusivamente se facilitará información de su aptitud psicofísica para el trabajo a su empresa, en caso de reconocimiento médico de empresa. No se transferirán datos fuera de la UE.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos a través de Internet en <a href="http://www.preving.com/tusdatos#preving">www.preving.com/tusdatos#preving</a>

A partir de la firma del presente consentimiento, **DECLARO** haber sido informado del procedimiento y **AUTORIZO** expresamente a la realización de:

- a) Extracción de sangre y recogida de muestra de orina para su envío al laboratorio concertado y procesamiento de estas. Le recordamos que la extracción puede provocar sensación de mareo, sangrado y riesgo de hematoma.
- b) Exploración médica, pruebas complementarias y/o cuestionarios relacionados.
- c) Emisión de informe de aptitud a la empresa respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona trabajadora y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud, según el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, relativo a la Vigilancia de la Salud.
- d) Cesión y el tratamiento informático de mis datos, previos y actuales para la elaboración de Estudios Epidemiológicos:

Sí  No

**Firma de la persona trabajadora**

**Firma del/la acompañante: (si procede)**

Nombre, apellidos y DNI

## CUESTIONARIO DE SALUD

Situación laboral:      Activo       Baja laboral       Minusvalía reconocida (%)

1. **¿Fuma?**      NO       SI   
     Nº Cigarrillos diarios.....
2. **¿Consume bebidas con alcohol?**      NO       SI   
     ¿Bebe licores, más de un litro de cerveza o vino al día?      NO       SI
3. **¿Consume drogas?**      NO       SI
4. **¿Toma algún medicamento?**      NO       SI   
     En caso afirmativo, especificar cuáles y dosis:.....
5. **¿Practica alguna actividad deportiva o lúdica?**      NO       SI   
     En caso afirmativo, especificar cuáles .....
6. **¿Es alérgico a algún medicamento o a algún producto?**      NO       SI   
     En caso afirmativo, especificar cuáles:.....
7. **¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de:**
  - CORAZÓN:      NO       SI
  - TENSIÓN ALTA:      NO       SI
  - DIABETES:      NO       SI
  - PULMÓN-PLEURA:      NO       SI
  - ESTÓMAGO:      NO       SI
  - RIÑÓN:      NO       SI
  - HÍGADO:      NO       SI
  - PIEL-MUCOSAS:      NO       SI
  - HUESOS-ARTICULACIONES:      NO       SI
  - FUERZA MUSCULAR- SENSIBILIDAD:      NO       SI
  - VÉRTIGOS-MAREOS-ENF. MENIERE:      NO       SI
  - EPILEPSIA-CONVULSIONES:      NO       SI
  - PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO-DESMAYOS:      NO       SI
  - CÁNCER:      NO       SI
  - HIPERCOLESTEROLEMIA:      NO       SI
8. **¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?**      NO       SI
9. **¿Ha sufrido algún accidente laboral?**      NO       SI
10. **¿Tiene reconocida alguna enfermedad profesional?**      NO       SI
11. **Actualmente, ¿se encuentra bien?**      NO       SI
12. **En los últimos 12 meses, ¿ha estado de baja durante 2 meses o más?**      NO       SI

Indique cualquier dato de salud que considere de interés

.....

.....

.....

**Declaro** que los datos suministrados y recogidos en el presente documento son verdaderos y ha sido facilitados voluntariamente por mí con la finalidad de proporcionar la información necesaria para la prestación del servicio sanitario requerido.

**Firma de la persona trabajadora**

**Firma del/la acompañante: (si procede)**

Para la realización del examen de salud, no se permite la presencia de ningún acompañante durante el mismo, salvo situaciones especiales a valorar por el personal sanitario en cuyo caso deberá firmar en calidad de testigo previa identificación con la presentación del DNI.

## CUESTIONARIO DE SINTOMATOLOGÍA FRENTE A COVID-19

Fecha último día de trabajo:

1. **¿Presenta sintomatología?** NO  SI

Fecha inicio sintomatología:

En caso afirmativo, especificar cuáles:.....

FIEBRE: NO  SI

TOS: NO  SI

DIFICULTAD RESPIRATORIA: NO  SI

DOLOR DE CUELLO: NO  SI

ESCALOFRÍOS: NO  SI

VÓMITOS: NO  SI

DIARREA: NO  SI

CONGESTIÓN NASAL: NO  SI

DIFICULTADES RESPIRATORIAS: NO  SI

NEUMONÍA: NO  SI

OTROS SÍNTOMAS: NO  SI

Especificar cuáles:.....

2. **¿Es factor de riesgos por enfermedad base?** NO  SI

3. **¿Ha tenido un contacto estrecho?** NO  SI

Fecha del contacto estrecho:

Lugar del contacto estrecho:

Identificación (nombre, apellidos) contacto estrecho:

Indique cualquier dato de salud que considere de interés:

.....  
.....

Recomendaciones/observaciones del personal sanitario:

.....  
.....

**Declaro** que los datos suministrados y recogidos en el presente documento son verdaderos y ha sido facilitados voluntariamente por mí con la finalidad de proporcionar la información necesaria para la prestación del servicio sanitario requerido.

**Firma del trabajador**

**Firma del representante legal del trabajador (si procede)**