

Persona o empresa empleadora, el INS brinda atención a sus trabajadores y trabajadoras de acuerdo con la denuncia que usted interpone ante la institución.

Sin embargo, se está en la obligación de garantizarle tanto a usted como al trabajador que la atención se dará en función de determinar la relación de causalidad entre la posible patología y el trabajo al tenor de lo que establece el Título Cuarto de la Ley de Riesgos del trabajo.

Por tanto, se solicita colabore en completar el perfil de puesto adjunto, puede ser que sea necesario completar todos o algunos espacios, dependiendo de las tareas del trabajador).

HISTORIA LABORAL

1. Datos del patrono

Nombre de la empresa: Póliza N°:

Ubicación:

Teléfono de la empresa: Correo electrónico jefe inmediato:

Nombre jefe inmediato:

Nombre encargado de salud ocupacional en la empresa:

Correo electrónico encargado salud ocupacional:

Servicio médico en la empresa: ☐ SI ☐ NO

2. Datos del trabajador

Nombre y apellidos del trabajador:

Cédula o pasaporte: Sexo: ☐ M ☐ F Edad:

Dominancia del trabajador (mano dominante): ☐ Derecha ☐ Izquierda

Área de trabajo:

Puesto de trabajo:

Fecha de ingreso a laborar o antigüedad en el puesto:

Fecha de accidente: Aplica: ☐ SI ☐ NO

(Si no aplica llenar fecha de reporte de enfermedad laboral)

Fecha de enfermedad laboral:

3. Exposición actual al riesgo

4. Descripción del puesto de trabajo (actual):

Horas de exposición al sol o a fuentes internas de calor

Horario de exposición:

Horas de no exposición:

Turnos de trabajo (horario- horarios): indicar si son fijos o rotativo y frecuencia en el último

Pausas en el trabajo:

¿Realiza pausas en el trabajo, cuántas, en qué consisten?:

(Por pausas del trabajo se entiende dentro de la jornada laboral, que sirve para recuperar energía mejorar desempeño y eficiencia en el trabajo).

¿Han sido evaluado anteriormente los riesgos del puesto de trabajo? ☐ SI ☐ NO

En caso positivo quién realizó la evaluación

¿Cuáles fueron los riesgos detectados? ¿Indicar si se tomaron medidas preventivas para el trabajador?

5. Padecimiento actual

Lesión o síntomas presentados, ubicación anatómica (lugar del cuerpo donde sufre molestias) y tiempo de evolución.

Antecedentes clínicos en relación con el riesgo expuesto. (si tuviese adjúntelo)

6. Historia de exposición a riesgos laborales a temperatura

Lesión o síntomas presentados, ubicación anatómica (lugar del cuerpo donde sufre molestias) y tiempo de evolución.

Cuadro N°1

Empresa en la que desempeño el puesto	Puesto de trabajo desempeñado	Fecha inicio de labores	Tiempo aproximado que estuvo en puesto	Tiempo de exposición al sol o radiación térmica

7. Medidas de protección para los trabajadores

¿La empresa ha implementado medidas de control ha establecido para disminuir la exposición de los trabajadores expuestos a radiación solar y/o sobrecarga térmica? ☐ SI ☐ NO

¿Cuáles?
Procesos de hidratación

☐ SI Tipo de Hidratación: ¿Cada cuánto tiempo?:

☐ NO

¿Se realizan valoraciones periódicas (médicas y/o laboratorios) específicos al personal expuesto?: ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es SI adjuntar los estudios

¿Se utiliza equipo de protección personal?: ☐ SI ☐ NO

En caso de ser afirmativa la respuesta especifique lo siguiente:

Ropa adecuada (describir tipo de ropa utilizada):

¿Contra el sol se utiliza algún elemento protector? (sombrero, gorras, sombras, etc.):

Describir los tipos de protectores solares a utilizar y que factor de protección:

Se informa a los trabajadores sobre el nivel del índice ultravioleta diario:

☐ SI

☐ NO

¿Mantiene la empresa programas de formación o capacitación para el personal expuesto? (Charlas, folletos o exposiciones el riesgo de exposición a radiaciones solares y/o sobrecarga térmica):

☐ SI

☐ NO

¿Cuáles?:

En caso de requerirlo puede adjuntar hojas adicionales de información.

En caso de consultas comunicarse con el centro de salud o servicio que solicita la información.

Correo: cartasalpatronorss@grupoins.com

Teléfono: 2296-9599 ext. 4282

**Nombre y firma de quien completa el perfil
(Jefatura o persona a cargo)
Sello de la empresa**