

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):

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 evaluados anteriormente los riesgos del puesto de trabajo en relación con uso de la voz? SI NO

En caso positivo indique quién realizó la evaluación y los resultados:

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

¿Existieron patologías relacionadas al uso de la voz (énfasis en cuadros alérgicos y patologías gastrointestinales)? En caso de que Si, anote:

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. Tipo de trabajo:

Especifique tiempo continuo de uso de la voz, en qué tareas la aplica, en qué medio ambiente y si cuenta con algún dispositivo facilitador (ejemplo: micrófono)

Dando continuidad a lo anterior descrito, favor completar datos del cuadro adjunto.

Ciclos y pausas

CICLOS Y PAUSAS DE USO DE VOZ EN SU TRABAJO

Tareas	Ciclo	Pausa	Ciclo	Pausa	Ciclo	Pausa	Ciclo

Observación

Tareas: puestos donde se hace uso de la voz.

Ciclo: tiempo de uso del habla.

Pausa: corresponde al tiempo de descanso de la voz durante su trabajo. No corresponde a las pausas de ley (tiempos de alimentación).

7. Condiciones del medio ambiente de Trabajo

Riesgos físicos de la infraestructura.

Descripción de áreas de trabajo

a. Área de Trabajo (metros cuadrados)

b. Condiciones de piso: (malas, regulares, buenas)

c. Condiciones de las paredes (malas, regulares, buenas).

d. Tipo de material de los pisos o paredes

Condiciones térmicas

Existen temperaturas extremas debido a fuentes de calor o frío o ausencia/ deficiencia de sistemas de ventilación:

SI NO

Existen problemas en la empresa debido a condiciones de humedad ambiental (seco o demasiado húmedo):

SI NO

Corrientes de aire que producen molestias por frío:

SI NO

Existe mantenimiento del aire acondicionado

SI NO

Si la respuesta es sí con qué frecuencia se realiza:
(Enviar documentación que avale lo anterior)

Hay problemas o quejas debidos a polvo u otros contaminantes por mal mantenimiento o limpieza del edificio o de sus instalaciones; por obras del edificio; mobiliario de mala calidad; productos de limpieza, etc.

SI NO

a. Ruido

Existen factores de ruido que afecten al puesto del trabajador

SI NO

Se debe forzar la voz, para poder hablar con los trabajadores de puestos cercanos debido al ruido.

SI NO

Los trabajadores refieren dificultades para concentrarse en su trabajo debido al ruido existente.

SI NO

b. Herramientas

Marcar con X las herramientas que utiliza el trabajador durante su jornada de trabajo:

Headset Micrófono

Según la respuesta anterior, anotar lo solicitado:

Microambiente Laboral

Cuadro N°1

Headset / Micrófonos	
Se realiza limpieza del headset diariamente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El control del volumen del audifono es regulable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El equipo es de uso individual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Cuadro N°2

Puesto Audiovisual, Mesa, Silla	Distancia o tipo
Altura del monitor (cms)	
Profundidad del monitor (cms)	
Tamaño de la letra utilizada en el monitor	
Altura de la mesa de trabajo (cms)	
Altura de la silla (cms)	
Profundidad de la silla (cms)	
Ancho de la silla (cms)	
Distancia entre dos funcionarios (cms)	

8. ¿Existe algún programa preventivo para educar la voz de los funcionarios?

SI NO

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**