

Declaración de embarazo o lactancia

Fecha de comunicación _____

Datos personales de la trabajadora profesionalmente expuesta

Apellidos _____
 Nombre _____ N.I. F. _____ F. nacimiento _____
 Teléfono de trabajo _____ Teléfono personal _____
 Categoría profesional _____ Centro de Trabajo _____
 Servicio _____
 Fecha última regla _____ Fecha probable de parto _____ Semana de gestación _____

Declaro

Encontrarme en situación de: **embarazo** **parto reciente** **lactancia**
 a los efectos de notificación a la empresa y al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, para que se establezcan las medidas preventivas oportunas para la protección de la salud en esta situación.

Firma del superior inmediato

Firma de la trabajadora

Nombre:
Cargo:

Tipo de riesgo

- | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1.- Agentes físicos | Radiaciones ionizantes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Radiaciones no ionizantes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Ruido | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Temperatura | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| 2.- Agentes químicos | Cistostáticos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Gases anestésicos inhalatorios | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Óxido de etileno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Formaldehído | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Plomo y otros metales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Agentes químicos etiquetados con H360F, H360D, H360FD, H360Fd, H360Df, H362, H351, H350, H340, H350i, H341, H361f, H361d y H361fd..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| 3.- Agentes biológicos | Agentes biológicos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | ¿Conoces tu estado inmunitario frente a hepatitis A, B, sarampión, rubéola, varicela y parotiditis? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| 4.- Riesgos ergonómicos | Movilización de pacientes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Posturas forzadas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Bipedestación prolongada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Trabajo a turnos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Atención continuada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| | Agresiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| 5.- Otros | Desplazamiento en la jornada laboral del que pueden suponer exposición a otros riesgos. (especificar) | | | |
| | Otros riesgos que creas puedan afectar a tu embarazo, parto reciente o lactancia. (especificar) | | | |