



FECHA SOLICITUD / /

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD

TIPO DE SOLICITANTE: Empleador Trabajador Independiente Tercero con Poder Notarial

I.- IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR (Registrar en celdilla los antecedentes solicitados)

Nombre Empresa o Razón Social o Servicio Público		Teléfono del Representante Legal o Director de Servicio Público	
RUT Empresa o Servicio Público:		Función Empleador en el Centro de Trabajo	
Actividad Económica:		Nombre del Contacto del Centro de Trabajo	
CIU:		E-mail del Contacto del Centro de Trabajo	
Dirección Empresa o Servicio Público		Teléfono del Contacto del Centro de Trabajo	
Comuna de la Empresa o Servicio Público		Dirección Centro de Trabajo	
Nombre Representante Legal o Director Servicio Público		Comuna del Centro de Trabajo	
E-mail del Representante Legal o Director de Servicio Público			

II.- IDENTIFICACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE (Registrar en celdilla los antecedentes solicitados)

Nombre Trabajador Independiente		RUT empresa principal o Servicio Público para la que presta servicio	
RUT o Pasaporte		Dirección empresa principal o Servicio Público para la que presta servicio	
Dirección Particular		Comuna de la Empresa o Servicio Público para la que presta servicio	
Comuna de residencia		Nombre del Centro de Trabajo para la que presta servicio	
Teléfono Particular		Dirección del Centro de Trabajo para la que presta servicio	
E-mail del Contacto Personal		Comuna del Centro de Trabajo para la que presta servicio	
Empresa principal o Servicio Público para la que presta servicio		Fecha de término de la obra o faena (si corresponde)	

III.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Registrar en celdilla los antecedentes solicitados, solo en caso de ser trabajador dependiente)

Nombre Completo	
RUT o Pasaporte	
Dirección	
Comuna de residencia	
Teléfono de contacto 1	
Teléfono de contacto 2	
E-mail del Contacto	

INSTRUCCIONES

Para entidades empleadoras:

- ✓ Cotización del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales al día, en el Instituto de Seguridad Laboral.
- ✓ Poder simple notarial otorgado por el empleador, cuando la solicitud de evaluación la realiza una persona que no es representante legal o dueño de la entidad empleadora.
- ✓ Consentimiento informado con la información requerida y firmado por cada trabajador(a) a quien se solicita se realicen evaluaciones ocupacionales de salud.
- ✓ Contratos de trabajo de cada uno de los trabajadores a evaluar.
- ✓ Presentar copia cédula de identidad del trabajador a evaluar por ambos lados.
- ✓ Presentar el resultado de evaluaciones Pre ocupacionales u ocupacionales de salud, para el mismo riesgo, realizadas en forma previas (solo en caso de contar con ellas).

Para trabajadores independientes que cotizan en el Instituto de Seguridad Laboral:

- ✓ Registro como trabajador(a) independiente en el Instituto de Seguridad Laboral realizado con anterioridad a la solicitud de la evaluación ocupacional de salud.
- ✓ Cotización al día del Seguro, es decir si hay atraso no puede ser superior a 2 meses o haber pagado a lo menos 6 cotizaciones continuas o discontinuas en los últimos 12 meses, como independiente o dependiente.
- ✓ Consentimiento informado que ha sido completado y firmado por trabajador(a) independiente.

IV.- IDENTIFICACIÓN DE TRABAJADORES A APLICAR BATERÍAS EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD. (Registrar todos los antecedentes solicitados por cada trabajador(a) a aplicar las baterías, incluyendo código de batería. En caso de aplicar más de una batería de evaluaciones ocupacionales de salud se debe registrar nuevamente el nombre del trabajador(a). (El Código de batería está disponible en la página siguiente, ítem III).

N°	RUT TRABAJADOR O PASAPORTE	NACIONALIDAD	NOMBRES TRABAJADOR	APELLIDOPATERO	APELLIDOMATERO	CARGO DEL TRABAJADOR	FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA	EDAD	SEXO (H / M)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

N°	DIRECCIÓN PARTICULAR (AVENIDA, CALLE, UNMERO, CIUDAD)	COMUNA	CÓDIGO BATERIA	CORREO (E-MAIL) PERSONAL DEL TRABAJADOR	TELEFONO PERSONAL DEL TRABAJADOR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

FORMULARIO SOLICITUD EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD

V.- IDENTIFICACIÓN BATERÍAS

CÓDIGOBATERÍA	BATERÍAS EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD
A-1	Trabajadores con Exposición a altura Física
A-2	Conducción de maquinaria pesada, transporte de pasajeros y vehículos de emergencia
A-3	Conductor de vehículo liviano profesional o minería no profesional
A-4	Espacio confinado
A-5	Hipobaría Intermitente Crónica (según estándar Guía Técnica Ministerio de Salud)
A-6	Hiperbaria (buzo)
A-7	Vigilante Privado
A-8	Operación de equipo fijo parte móvil
A-9	Brigadista de rescate
A-10	Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (frio)
A-11	Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (calor)
A-12	Asbesto
A-13	Plaguicidas
A-13.1	Plaguicidas organofosforado
A-13.2	Plaguicidas cumarínico
A-13.3	Plaguicidas bromuro de metilo
A-14	Ácido Clorhídrico
A-15	Agentes Productores de Asma
A-16	Manipulador de Alimentos
A-17	Batería básica
A-18	Exposición a desechos domiciliarios y riesgos biológicos
	RIESGOS INTRAHOSPITALARIOS
A-19	Citostáticos
A-20	Radiaciones Ionizantes
A-21	Gases Anestésicos
A-22	Óxido de Etileno
A-23	Formaldehido
A-24	Xileno
A-25	Bacilo de Koch
A-26	Baterías D.S. N° 594 ESPECIFICAR AGENTE DE RIESGO:
A-27	Otros:

NOMBRE SOLICITANTE:

FIRMA SOLICITANTE: _____

N° C.I./RUT SOLICITANTE: _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD**

Yo _____ Cédula de Identidad _____,

autorizo se me realice un control de salud y toma de evaluación ocupacional de salud para establecer mi condición de salud para trabajar en labores relacionadas con _____, y poder detectar si presento manifestaciones de alguna enfermedad profesional relacionada con mi trabajo.

Por lo anterior autorizo la realización de los siguientes exámenes:

Los resultados de los exámenes solo podrán ser entregados a mi persona o a un tercero expresamente autorizado para ello.

El Instituto de Seguridad Laboral deberá tratar la información, materia de estos exámenes conforme a lo establecido por la legislación vigente, en especial la normativa contenida en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, normas del Código Sanitario y demás que regulan la materia.

En la región de _____ a _____ de _____ del 20 _____

FIRMA DEL TRABAJADOR(A)