**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 Publico** |  | **T 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**  |  |
| **CIIU:** |  | **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 Publico** |  | **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** |  |  |  |

**eIII. - 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** |  |

**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).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT TRABAJADOR O PASAPORTE** | **NACIONALIDAD** | **NOMBRES****TRABAJADOR** | **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **CARGO DEL TRABAJADOR** | **FECHA NACIMIENTO****DD/MM/AAAA** | **EDAD** | **SEXO (H o M)** | **DIRECCIÓN PARTICULAR (AVENIDA, CALLE, NUMERO, CIUDAD)** | **COMUNA** | **CORREO (E-mail) PERSONAL DEL TRABAJADOR** | **TELÉFONO PERSONAL** | **CÓDIGO BATERIA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 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.
 |

**NOTA:** Si el empleador o trabajador independiente solicita evaluaciones ocupacionales de salud, con una periodicidad menor a la indicada como vigencia en el informe médico, en esa situación las evaluaciones no tendrán la cobertura del Seguro de la Ley Nº 16.744.

**FORMULARIO SOLICITUD EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD**

**V.- IDENTIFICACIÓN BATERÍAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO BATERÍA** | **BATERÍAS EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SALUD** |
| A-1 | Trabajadores con Exposición a altura Física |
| A-2 | Conductor de vehículo liviano (licencia tipo B) |
| A-3 | Conductor profesional (licencia tipo A) |
| A-4 | Conductor operador de maquinaria que requiera licencia tipo D |
| A-5 | Espacio confinado |
| A-6 | Hipobaria Intermitente Crónica **(según estándar Guía Técnica Ministerio de Salud)** |
| A-7 | Hiperbaria (buzo) |
| A-8 | Vigilante Privado |
| A-9 | Operación de equipo fijo parte móvil |
| A-10 | Brigadista de rescate |
| A-11 | Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (frio) |
| A-12 | Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (calor) |
| A-13 | Asbesto |
| A-14 | Plaguicidas |
| A-14.1 | Plaguicidas organofosforado |
| A-14.2 | Plaguicidas cumarínico |
| A-14.3 | Plaguicidas bromuro de metilo |
| A-15 | Ácido Clorhídrico |
| A-16 | Agentes Productores de Asma |
| A-17 | Manipulador de Alimentos |
| A-18 | Batería básica |
| A-19 | Exposición a deshechos domiciliarios y riesgos biológicos |
|  | **RIESGOS INTRAHOSPITALARIOS** |
| A-20 | Citostáticos |
| A-21 | Radiaciones Ionizantes |
| A-22 | Gases Anestésicos |
| A-23 | Óxido de Etileno |
| A-24 | Formaldehido |
| A-25 | Xileno |
| A-26 | Bacilo de Koch |
| A-27 | Baterías D.S. N° 594 **ESPECIFICAR AGENTE DE RIESGO:** |
| A-28 | Otros: |

**NOMBRE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº C.I/RUT SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**