

DECLARACIÓN DO ESTADO DE SAÚDE

DATOS DE FILIACIÓN			
Apelidos			
Nome			
DNI		Data de nacemento	
Natural de			
Teléfono		Correo electrónico USC	

DATOS LABORAIS ACTUAIS	
Contrato: ☐ Indefinido/Fixo ☐ Temporal ☐ Formación Outro:	
Posto de traballo:	
Centro de traballo:	
Departamento:	Laboratorio:

ANTECEDENTES PROFESIONAIS		
Centro de traballo	Oficio/Categoría	Meses/Anos

MINUSVALÍA	
Minusvalía (tipo, grao e ano)	

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Parentesco	Enfermidades	Falecido
		☐
		☐
		☐
		☐

INTERVENCIÓNS CIRÚRXCAS

Data	Motivo da intervención

**PADECEU ALGUNHA DAS ENFERMIDADES SEGUINTES?
(En caso afirmativo marcar cunha X)****SISTEMA LOCOMOTOR**

Artrite	
Fracturas óseas	
Outros:	

SISTEMA RESPIRATORIO

Tuberculose	
Asma	
Disfonía/afonía	
Outros:	

SISTEMA NERVIOSO

Epilepsia	
Trastornos do sono	
Migrañas	
Ansiedade	
Depresión	
Trastorno bipolar	
Trastornos de alimentación	
Trastornos da personalidade	
Outros:	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Infarto de miocardio	
Anxina de peito	
Perda de coñecemento	
Varices	
Edema en membros inferiores	
Outros:	

SISTEMA SENSORIAL

OIDO	Vertixe	
	Acúfenos (pitidos no oído)	
	Diminución de audición	
Enfermidade ocular		
Alteracións da sensibilidade		
Outros:		

SISTEMA UROXENITAL

Cálculos/cólicos renais	
Incontinencia Urinaria	
Infeccións de repetición	
Enferm. xinecolóxicas	
Outros:	

SISTEMA DIXESTIVO

Úlcera gastro-duodenal		
Hernia de hiato		
Problemas dixestivos	Refluxo	
	Dixestións lentas	
Outros:		

ANTECEDENTES PERSONAIS	
Enfermidades actuais (incluídas crónicas)	

HÁBITOS DE CONSUMO					
MEDICACIÓN ACTUAL					
TABACO	Fuma		ALCOL	Bebe alcol	
	Ano de inicio			Tipo de bebida	☐ Fermentadas ☐ Destiladas
OUTRAS DROGAS	Tipo:			Frecuencia	☐ Diaria ☐ Fin de semana ☐ Ocasional
	Frecuencia	☐ Diaria ☐ Fin de semana ☐ Ocasional			
AFICIONES					
DEPORTES					

ALERXIAS	
MEDICAMENTOS	OTROS

OUTROS DATOS OU ENFERMIDADES DE INTERESE

Lembre:

- **Aportar cartilla de vacunación.**
- **Avisar se está embarazada.**

As respostas anteriores foron contestadas polo traballador/a, quen asina e ratifica o presente Cuestionario de Estado de Saúde.

En Lugo, a ____ de _____ de 20____
O/A TRABALLADOR/A

Asdo: _____