**DECLARACIÓN DE SALUD**

**D. /D. ª DNI**

Señale con una X, si **tiene o ha tenido** alguno de los siguientes problemas de salud:

**1. Enfermedades sistémicas/síntomas generales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diabetes |  | Anemias |  |
| Hipertensión |  | Alergias |  |
| Aumento de colesterol y/o triglicéridos |  | Enfermedades oncológicas |  |
| Enfermedades tiroideas |  | Intervenciones quirúrgicas |  |
| Otras enfermedades endocrinas |  | Enfermedades infecciosas |  |
| Toma medicación habitualmente ¿Cuál? | | |  |

**2. Alteraciones neurológicas**

|  |  |
| --- | --- |
| Accidentes cerebrovasculares /Ictus |  |
| Episodios de pérdida de conocimiento y/o desvanecimientos |  |
| Ataques epilépticos |  |
| Episodios de mareo y/o vértigos |  |
| Otras enfermedades neurológicas |  |

**3. Alteraciones psiquiátricas**

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades psiquiátricas |  |
| Toma actualmente medicación para dormir, para ansiedad… |  |

**4. Visión**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Usa gafas y/o lentillas | | | | |  |
| Cataratas |  | Glaucoma |  | Problemas con la visión de colores |  |
| Cirugía correctora de la visión | | | | |  |
| Realizo la última revisión por oftalmólogo/óptico en el año: | | | | | |

**5. Audición**

|  |  |
| --- | --- |
| Pérdida de audición |  |
| En caso de pérdida de audición ¿usa audífono? |  |
| Ruidos o pitidos en los oídos |  |

**6. Alteraciones cardiocirculatorias**

|  |  |
| --- | --- |
| Angina de pecho /infarto de miocardio |  |
| Arritmias |  |
| Otros problemas cardiacos |  |
| Varices, sensación de pesadez en piernas o hinchazón de los tobillos |  |

**7. Alteraciones respiratorias**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rinitis |  | Asma |  | Apnea del sueño |  |
| Bronquitis/neumonías |  | Otras enfermedades respiratorias | | |  |

**8. Alteraciones digestivas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hernias (inguinal/umbilical/hiato) |  | Úlceras |  |
| Otras enfermedades digestivas | | |  |

**9. Piel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lunares |  | Dermatitis o eccemas |  |
| Otras enfermedades de la piel | | |  |

**10. Alteraciones urinarias**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cólicos nefríticos |  | Otras enfermedades renales |  |

**11. Alteraciones osteomusculares**

|  |  |
| --- | --- |
| Alteraciones de los discos vertebrales: hernias, protrusiones… |  |
| Escoliosis/cifosis |  |
| Otras enfermedades de la columna vertebral |  |
| Enfermedades reumatológicas (artrosis, artritis…) |  |
| Fracturas/ luxaciones/esguinces |  |
| Otros problemas musculares/óseos |  |

**12 Enfermedades laborales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha sido diagnosticado/a de alguna enfermedad profesional? |  | ¿Ha tenido accidentes laborales? |  |

**13. Bajas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha tenido bajas significativas los últimos 2 años? |  | ¿Durante cuánto tiempo? |  |

Indique si en el momento actual está de baja:  Sí  No

Indique si presenta alguna minusvalía o discapacidad reconocida:  Sí  No

En caso de ser mujer en edad de gestación, indique lo siguiente:

* si está o podría estar embarazada  Sí  No
* si está en periodo de lactancia natural  Sí  No

¿Tiene antecedentes de contacto con caso sospechoso, probable o confirmado de COVID 19?  Sí. Fecha del contacto:

No

¿Presenta en la actualidad clínica de **infección respiratoria aguda de aparición súbita** con **fiebre, tos o sensación de falta de aire?**   Sí  No

Fecha:

Fdo.:

**El/la firmante del presente documento declara veraz las manifestaciones contenidas en el mismo, haciéndose responsable.**

**Si con posterioridad se verificare falsedad en el citado documento incurrirá en responsabilidades penales y disciplinarias, procediéndose por la Administración a llevar a cabo las actuaciones legales oportunas para extinguir su relación con la Administración.**

Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador (artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre).

Los datos de carácter personal recogidos en las actuaciones de vigilancia de la salud se van a integrar en el fichero VISA –Vigilancia de la Salud- con la exclusiva finalidad de realizar la vigilancia de la salud del personal de acuerdo con la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales para analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud. El responsable de este fichero es la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso y rectificación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 13 y siguiente de la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.