

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	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Radiaciones no ionizantes	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Ruido	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Temperatura	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
2.- Agentes químicos	Cistostáticos	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Gases anestésicos inhalatorios	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Óxido de etileno	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Formaldehído	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Plomo y otros metales	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Agentes químicos etiquetados con H360F, H360D, H360FD, H360Fd, H362, H351, H350, H340, H350i, H341, H361f, H361d y H361fd.....	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
3.- Agentes biológicos	Agentes biológicos	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	¿Conoces tu estado inmunitario frente a hepatitis A, B, sarampión, rubéola, varicela y parotiditis?	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
4.- Riesgos ergonómicos	Movilización de pacientes	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Posturas forzadas	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Bipedestación prolongada	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Trabajo a turnos	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Atención continuada	☐ Sí	☐ No	☐ No sabe
	Agresiones	☐ Sí	☐ No	☐ 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)			