

## Declaración de embarazo o lactancia

### Datos personales de la trabajadora profesionalmente expuesta

Apellidos \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ F. nacimiento \_\_\_\_\_  
 Tlf. de trabajo \_\_\_\_\_ Tlf. 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.

La trabajadora El jefe inmediato

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

### Tipo de riesgo

<b>1.- Agentes físicos</b>	Radiaciones ionizantes .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Radiaciones no ionizantes .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Ruido .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Temperatura .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>2.- Agentes químicos</b>	Cistostáticos .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Gases anestésicos inhalatorios .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Óxido de etileno .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Formaldehído .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Plomo y otros metales .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Agentes químicos etiquetados con R61, R63, R64, R68, R40, R45, R46, R49 .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>3.- Agentes biológicos</b>	Agentes biológicos .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	¿Conoces tu estado inmunitario frente a hepatitis A, B, sarampión, rubéola, varicela y parotiditis? .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>4.- Riesgos ergonómicos</b>	Movilización de pacientes .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Posturas forzadas .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Bipedestación prolongada .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Trabajo a turnos .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Atención continuada .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
	Agresiones .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>5.- Otros</b>	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) .....			