

Estimado/a NEXTRET S.L
RAMBLA CATALUNYA, 33 P.BA PTA.1.

Tras solicitud recibida le remito las citaciones a reconocimiento médico solicitadas:

Nombre del Trabajador	Puesto	Fecha RRMM	Hora
RIBAS RIBAS JAUME	PERSONAL INFORMATICO	17/07/2020	08:45

Deben acudir al siguiente centro médico:

Nombre: PREVILABOR BARCELONA 1
Dirección: Entenza 186 BARCELONA BARCELONA 08029

LE ADJUNTAMOS A CONTINUACION LA PREPARACION QUE DEBEN SEGUIR LOS TRABAJADORES ANTES DE ASISTIR AL RECONOCIMIENTO MEDICO Y EL CUESTIONARIO DE SALUD QUE DEBEN TRAER CUMPLIMENTADO.

Cualquier cambio en las citaciones para la realización de los Reconocimientos Médicos, han de comunicarse por escrito con 24 horas de antelación, de no respetarse dicho plazo, cada anulación o ausencia se facturará a 15,60 €, en concepto de gastos de gestión.

En cumplimiento de la especial protección de los datos de salud, que establece el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, el método de entrega de los informes de salud, será EXCLUSIVAMENTE via web Previlabor, para lo que necesitamos nos facilite el e-mail de sus trabajadores o móviles, para avisarles de la disponibilidad de sus resultados médicos y enviarles las contraseñas de acceso.

En el caso de no disponer de dicho datos y no facilitárnoslos los trabajadores en el consentimiento, el informe de Reconocimiento Médico tendrá que recogerlo el trabajador personalmente en cualquier Centro Médico de Previlabor, presentando su DNI. Previo a la recogida tendrá que llamar al tfno. 910881365, para confirmar el horario y días de apertura del centro y consultar el Centro Médico más cercano.

En el caso que a Previlabor no se le haya facilitado los datos de contacto del trabajador o que el trabajador no haya recogido personalmente sus informes médicos, estos últimos quedaran custodiados en Previlabor, pudiendo el trabajador solicitarlos personalmente en cualquier centro Médico de Previlabor, cuando los requiera.

Únicamente estos dos métodos de entrega, aseguran al 100% la especial protección de los datos de salud, que establece el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679

Si el cliente solicita que se le envíen por correo certificado, Previlabor facturará 10€ por documento enviado y una vez entregados al cliente, este ultimo asume la responsabilidad de seguridad de dichos datos, teniendo que asegurar, que el proceso interno que tenga implantado para la entrega de dichos sobres cerrados a sus trabajadores, preserve la seguridad de los mismos y asegure la Protección de datos de salud.

Reciban un cordial saludo

Servicio de Atención al Cliente
910 881 365
PREVILABOR 365, S.L.
Fecha: 8 de julio de 2020

PREPARACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO

El reconocimiento médico es un derecho del trabajador y va encaminado a prevenir y detectar posibles problemas en su salud derivados del trabajo que desempeña.

Usted deberá asistir al lugar, fecha y hora que se le indica en el presente documento y debe recordar llevar su DNI para poder ser identificado.

Antes de ir a un reconocimiento médico tenga en cuenta los siguientes consejos:

- 1) Los trabajadores en situación de INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (BAJA MÉDICA) no pueden realizar el reconocimiento médico hasta que sean dados de alta, por lo que si usted ha sido citado en esta circunstancia comuníquelo para anular la cita. En el momento en que sea dado de alta, la empresa notificará tal situación para proceder de nuevo a la programación de la revisión médica.
- 2) Debe acudir en AYUNAS con un mínimo de 6 horas, antes de la extracción de sangre, si no fuera así indíquelo al personal de enfermería. Es aconsejable no haber tomado alcohol en las horas previas a la analítica.
- 3) En nuestras instalaciones se le facilitará un frasco para la recogida de la muestra de orina. No obstante, podrá traer la muestra de la PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA, recogiéndola con la máxima limpieza, y tapando el tubo tras la recogida. Si van a pasar varias horas hasta entregar de la orina, debe guardarla en un lugar fresco.
- 4) Debe llevar su CORRECCIÓN VISUAL habitual: En el caso de que use gafas o lentillas, debe acudir al reconocimiento médico con ellas. La prueba del control de visión se realizará siempre con la corrección puesta, incluso si nos referimos a gafas para la presbicia o vista cansada.
- 5) Traiga los INFORMES MÉDICOS RECIENTES: Si ha tenido alguna enfermedad, ingreso o patología, es conveniente que acuda al reconocimiento médico con todos los informes de los que disponga.
- 6) Si tiene MINUSVALÍA, traiga su CERTIFICADO, si tiene reconocido algún porcentaje de discapacidad, la primera vez que acuda al reconocimiento médico debe aportar el documento que la especifica.
- 7) Si está en TRATAMIENTO, informe en el reconocimiento médico de los nombres y dosis de los medicamentos. Tome su medicación habitual antes de acudir al reconocimiento e informe de ello.
- 8) Traiga el CUESTIONARIO DE SALUD cumplimentado.

CUESTIONARIO DE SALUD
Vigilancia de la Salud

Por favor, responda todas las preguntas, aunque algunas le parezcan poco importantes. Este cuestionario es totalmente confidencial, siguiendo el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de datos, y solo podrá ser usado por nuestro personal médico.

DATOS PERSONALES		Fecha:	
1r Apellido:		2º Apellido:	
Nombre:		D.N.I.:	
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Fecha nacimiento:	
DATOS PROFESIONALES			
EMPRESA:		Puesto de trabajo:	Antigüedad:
¿Está Ud. Informado de los riesgos de su puesto de trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Cuáles son?:			
¿Ha tenido algún accidente laboral? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Ha tenido alguna enfermedad profesional? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Las dos últimas ocupaciones anteriores			
Años Trabajados	Empresa	Actividad ("ramo")	Puesto de trabajo
ANTECEDENTES FAMILIARES			
Enfermedades del padre:			
Enfermedades de la madre:			
ANTECEDENTES PERSONALES			
¿Fuma? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Nº de cigarrillos al día.....			
¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Ocasional		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas unidades? (1 caña = 1 unidad; 1 copa = 2 unidades):			
¿Hace algún tipo de ejercicio? <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Ocasional		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo ¿cuáles?			
¿Toma algún tipo de medicamento? (incluidos anticonceptivos orales)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo ¿cuáles?			
¿Tiene algún tipo de alergia?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo ¿a qué?			
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo ¿de qué?			
¿Ha sufrido algún accidente? En caso afirmativo ¿de qué tipo?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Tráfico <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Otros:.....			
¿Qué consecuencias o secuelas ha tenido?			
¿Le han administrado algún tipo de vacuna?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo ¿cuál?			
<input type="radio"/> Tétanos <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Otras:.....			

HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE ALGUNA AFECTACIÓN DE LAS SIGUIENTES:
Aparato respiratorio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otras:
Aparato cardio-vascular <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Taquicardias <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Otras:
Aparato digestivo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Otras:
Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Embolias <input type="checkbox"/> Hemorragias cerebrales <input type="checkbox"/> Vértigos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Otras:
Aparato locomotor <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Lumbalgia <input type="checkbox"/> Cervicalgia <input type="checkbox"/> Otras:
Dermatología <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Eczemas <input type="checkbox"/> Otras:
Sistema endocrino <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Azúcar en la sangre <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Otras:
¿Alguna enfermedad de oídos? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Dificultades en la conversación <input type="checkbox"/> Otras:
¿Alguna enfermedad de los ojos? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Otras:.....
¿Cree que se encuentra capaz de realizar su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
OBSERVACIONES:

Para una mayor agilidad en la entrega de mis resultados a través de su web, autorizo me informen de su disponibilidad a mi correo electrónico o móvil.

Indicar su e-mail personal @:

Indicar su móvil:

El presente cuestionario tiene por objeto evaluar su estado de salud y poder detectar precozmente cualquier alteración en los análisis o en la exploración clínica. Para cumplir estos objetivos será de gran utilidad que cumplimente el cuestionario "confidencial" que se le ha facilitado, el cual permitirá a los Servicios Médicos conocer aquellas enfermedades, operaciones quirúrgicas o tratamientos a los que ha sido sometido en los últimos años.

Clausula de Protección de Datos:

En orden a proporcionar una correcta prestación de los servicios contratados, deberemos recabar datos de carácter personal relativos a la salud.

Le informamos que PREVILABOR 365 S.L. será el responsable del tratamiento de sus datos. La finalidad principal del tratamiento es la prestación del servicio contratado y para ello se recogerán y tratarán, entre otros, datos de contacto e identificativos del interesado, datos relacionados con el

puesto de trabajo, características personales, comportamientos, afectaciones, de salud, historial clínico, y antecedentes relativos a la salud. Sus datos también podrán ser utilizados para favorecer la comunicación entre las partes, para uso interno y para informarle de productos y servicios relacionados.

La base de legitimación para el tratamiento es la ejecución de la relación contractual o precontractual que no une, el consentimiento y la habilitación legal al ser un tratamiento necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del Derecho laboral y de la seguridad y protección social. Asimismo, el interés legítimo para atender a las consultas y reclamaciones o el propio consentimiento del interesado. No se cederán los datos a terceros, salvo consentimiento expreso u obligación legal.

El cliente no está obligado a proporcionar los datos, pero la no facilitación puede conllevar la imposibilidad de prestación servicio o prestación defectuosa, recayendo sobre el cliente la responsabilidad. Los datos serán conservados como mínimo hasta la finalización del servicio, siempre y cuando no exista un plazo de conservación legal como en el caso del Historial Clínico, y, posteriormente, si existiera un interés en mantener futuras relaciones profesionales y/o comerciales. Para el caso del envío de comunicaciones cuando el interesado se oponga a ello.

No autorizo la utilización de medios electrónicos para la comunicación de productos y servicios.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, así como a obtener información clara y transparente, enviando un escrito acompañado de una fotocopia del DNI o cualquier otro documento identificativo a la dirección C/ Marqués de Ahumada 7, 28028, Madrid (España) o al correo protecciondedatos@previlabor.com. Si considera que los datos no son tratados correctamente o que las solicitudes de ejercicio de derechos no han sido atendidas de forma satisfactoria, tiene el derecho a presentar una reclamación a la autoridad de protección de datos que corresponda, siendo la Agencia Española de Protección de Datos la indicada en el territorio nacional, www.agpd.es.

He leído y acepto el tratamiento de mis datos, entre los que se encuentran datos de salud:

Firma: _____ . Fecha: ____/____/____