	Tipo de documento: Formato	Código: CGE-DNTH-AGSySO-GA-P-005
	FICHA PREOCUPACIONAL DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	Emisión: 21 de septiembre de 2023
		Revisión: 03
		Página 1 de 2

En cumplimiento a la normativa legal vigente en materia de protección a grupos de atención prioritaria, se requiere la siguiente información que debe ser registrada en forma clara, precisa y garantizando su veracidad.

Por medio del presente documento usted autoriza para que la información proporcionada sea administrada por personal técnico y profesional de la Dirección Nacional de Talento Humano, Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional de la Contraloría General del Estado.


Datos personales

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	Edad
Estado civil	Cédula de identidad
Instrucción	
Dirección domiciliaria	Provincia Cantón Sector
Calle principal	No. Casa Calle secundaria
Teléfono del domicilio	Teléfono celular
Contacto de emergencia	Nombre Parentesco Teléfono
Cargo al que aplica	
Unidad Administrativa a la que ingresa	

Marque con una X donde corresponda y complete la información solicitada. Si usted se encuentra en algún grupo de atención prioritaria deberá adjuntar la documentación respectiva, en este formulario.

Grupos prioritarios	SI	NO			
¿Usted tiene discapacidad?			Tipo de discapacidad	% de discapacidad	No. de carnet
¿Usted tiene bajo su responsabilidad algún familiar con discapacidad o enfermedad catastrófica?			Parentesco		
¿Usted se encuentra calificado como trabajador sustituto de persona con discapacidad?			Parentesco		No. certificación
¿Usted tiene alguna enfermedad catastrófica, crónica degenerativa, huérfana o rara?			Certificada otorgado por	MSP ____	IESS ____
				OTROS ____	
¿Usted se encuentra en estado de gestación?			Tiempo en semanas		
¿Usted se encuentra dentro del período de lactancia?			Edad del niño(a) a la fecha		
¿Usted es migrante retornado?			Certificado de migrante retornado No.		

¿Con qué grupo étnico se identifica usted?	mestizo ____ blanco ____ afroecuatoriano ____ indígena ____ montubio ____
--	---

	Tipo de documento: Formato	CGE-DNTH-AGSySO-GA-P-005
	FICHA PREOCUPACIONAL DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	Emisión: 21 de septiembre de 2023
		Revisión 3
		Página 2 de 2

--	--

Datos médicos preocupacionales

1.	¿Mantiene usted un tratamiento médico continuo con especialistas? En caso de ser positiva su respuesta, indique en que especialidad y los diagnósticos.
<hr/> <hr/>	
2.	¿Recibe usted medicación continua? En caso de ser positiva su respuesta indique los medicamentos prescritos.
<hr/> <hr/>	
3.	¿Ha sufrido algún accidente laboral o enfermedad profesional diagnosticada y reportada al IESS Riesgos de Trabajo? En caso de ser positiva su respuesta indique la fecha del evento y las consecuencias que tuvo en su salud.
<hr/> <hr/>	
4.	¿Existe alguna información médica adicional que considere importante darla a conocer? Especifique
<hr/> <hr/>	

Autorizo se verifique la información y documentación de sustento

Firma
Nombre
Fecha

Luego de llenar el formulario, imprima dos copias y presentelas en la cita médica agendada en el servicio médico institucional

Información verificada por

Nombre
Fecha