	Tipo de documento: formato		Código: CNTH-GSO-POB-003-R04
	FICHA PREOCUPACIONAL COORDINACIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO GESTIÓN DE SALUD OCUPACIONAL		Emisión: 20 Junio 2019
			Revisión: 1
			Página: 1 de 3

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 Coordinación Nacional de Talento Humano - Gestión de 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 Nro.:	Calle Secundaria:
TELÉFONO DEL DOMICILIO:	TELÉFONO CELULAR:
REFERENCIA PERSONAL:	TELÉFONO DE CONTACTO:
CARGO AL QUE APLICA:	

MARQUE CON UNA X EN DONDE CORRESPONDA Y COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI USTED SE ENCUENTRA EN ALGUN GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA CON LA DOCUMENTACIÓN QUE SUSTENTE LO DESCRITO, A EXCEPCIÓN DEL ITEM DE AUTODEFINICIÓN ÉTNICA:

GRUPOS PRIORITARIOS:	SI	NO	TIPO DE DISCAPACIDAD	% DE DISCAPACIDAD	NRO. DE CARNET
USTED TIENE DISCAPACIDAD?					
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:		NRO. CERTIFICACIÓN:

USTED TIENE ENFERMEDAD CATASTRÓFICA, CRÓNICO DEGENERATIVA, HUÉRFANA, RARA O DE BAJA PREVALENCIA?				CERTIFICADO OTORGADO POR: MSP _____ IESS _____ OTROS _____	
--	--	--	--	--	--

	Tipo de documento: formato		Código: CNTH-GSO-POB-003-R04
	FICHA PREOCUPACIONAL COORDINACIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO GESTIÓN DE SALUD OCUPACIONAL		Emisión: 20 Junio 2019
			Revisión: 1
			Página: 2 de 3

USTED SE ENCUENTRA EN ESTADO DE GESTACIÓN?		TIEMPO EN SEMANAS : _____	CERTIFICADO y/o ECOGRAFÍA OTORGADO POR: _____
USTED SE ENCUENTRA DENTRO DEL PERÍODO DE LACTANCIA?		EDAD DEL NIÑO/A A LA FECHA: _____	

CUAL ES SU AUTODEFINICIÓN ÉTNICA?	MEZTIZO	BLANCO	AFROECUATORIANO	INDÍGENA	MONTUBIO
-----------------------------------	---------	--------	-----------------	----------	----------


USTED ES MIGRANTE RETORNADO?		CERTIFICADO DE MIGRANTE RETORNADO NRO: _____
------------------------------	--	--

DATOS MÉDICO PREOCUPACIONALES:

1. ¿RECIBE USTED MEDICACIÓN CONTÍNUA? (SI/NO) (para qué diagnóstico)
2. ¿MANTIENE USTED UN TRATAMIENTO MÉDICO PERMANENTE CON ESPECIALISTAS? (En caso de ser positiva su respuesta, indique en que especialidad y porque diagnóstico)
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 la consecuencia que tuvo en su salud así como un contacto y número telefónico para su constatación)
4. ¿EXISTE ALGUNA INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL QUE CONSIDERE IMPORTANTE DARLA A CONOCER? Especifique:

Autorizo se verifique la información y documentación de sustento.

FIRMA:
NOMBRE:
FECHA:

 <p>CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO</p>	Tipo de documento: formato	Código: CNTH-GSO-POB-003-R04
	FICHA PREOCUPACIONAL COORDINACIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO GESTIÓN DE SALUD OCUPACIONAL	Emisión: 20 Junio 2019
		Revisión: 1
		Página: 3 de 3