

REQUISITOS PARA EL EXAMEN POST- OCUPACIONAL

1. El trabajador al concluir la relación laboral debe realizarse el examen post- ocupacional el cual la empresa debe realizar el depósito bancario de 285 bs, que cubrirá los exámenes complementarios y la revisión médica. *(el depósito bancario es por trabajador)*.
2. La empresa debe entregar a cada trabajador el formulario del examen post ocupacional que recabara de la Caja Bancaria Estatal de Salud llenado con los datos del trabajador en la planilla “A” (con cuatro copias) (descargar de la página de internet de CBES).
3. Posterior al Depósitos Bancario debe ser cambiado en tesorería por la factura y debe sellarse el formulario del examen post ocupacional
4. Debe acudir a 5to piso stand de enfermería para recoger los exámenes complementarios y realizarse los laboratorios.
5. Los trabajadores, posterior a las 72 horas deben agendar citas en el poli consultorio de CBES para Medicina del Trabajo, posterior a realizarse su examen de sangre y orina, placa de rayos X de Tórax, portando su Formulario del examen post ocupacional (debidamente llenado los acápites por el empleador).

EXAMEN POST OCUPACIONAL

FECHA:

**FORMULARIO QUE DEBE SER LLENADO POR EL EMPLEADOR SOLICITANTE DE EXAMEN POST OCUPACIONAL A MEDICINA DEL TRABAJO
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD**

- LLENAR CON LETRA MAYUSCULA IMPRENTA (EL DIA DE LA CONSULTA EL TRABAJADOR DEBE PORTAR 4 IMPRESIONES DEL FORM.)

A.-DATOS DEL TRABAJADOR / EMPLEADOR :

EMPRESA:	<input type="text"/>	COD. MT	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>		
	(APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO - NOMBRES)		
EDAD:	<input type="text"/>	AÑOS	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
			MAT-SEG <input type="text"/>
CUENTA CON CONTROL PERIODICO DE SALUD.	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
CUENTA CON FORMULARIO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

ADJUNTAR FORMULARIO DEL EXAMEN PREOCUPACION O CARNET DEL CPS SI LA RESPUESTA ES (SI)

B.-RECORD LABORAL

AÑOS DE TRABAJO:	<input type="text"/>	
CARGOS QUE REALIZO (los 3 ultimos meses)	<input type="text"/>	
ULTIMO CARGO QUE OCUPO EN SU EMPRESA	<input type="text"/>	
PROFESION	<input type="text"/>	FECHA DE RETIRO <input type="text"/>
CARACTERISTICAS PUESTO DE TRABAJO	descripcion <input type="text"/>	
SI CUENTA CON DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO ADJUNTAR UNA COPIA		
ACCIDENTE DE TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	DESCRIPCION DEL ACCIDENTE. <input type="text"/>	
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	descripcion <input type="text"/>	

C.-RIESGOS LABORALES A LOS QUE FUE EXPUESTO EL TRABAJADOR (DESCRIBIR)

FISICOS	<input type="text"/>	QUIMICOS	<input type="text"/>
ERGONOMICOS	<input type="text"/>	BIOLOGICOS	<input type="text"/>
PSICOSOCIALES	<input type="text"/>		

NOMBRE , FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

NOMBRE Y FIRMA TRABAJADOR PREVIA VERIFICACION DE DATOS

ENVIAR 4 originales DE CADA FORMULARIO ANVERSO Y REVERSO