

Aviso Enfermedad Profesional (EPR-1)

1.-Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No):

Provincia: Municipio:

Sector: Zona: U: R: Teléfono: Fax:

Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: Zona: U: R: Tel: Tel. familiar o vecino:

Nacionalidad: Escolaridad: B: M: S: N: Estado civil: S: C:

ARS a la pertenece

Ocupación:

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): Jornada de trabajo habitual: Diurna: Nocturna: Mixta: Turnos:

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa):

Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses: 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Más de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada/Salida): ¿Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente?:

3.- Información sobre la enfermedad:

Señale las molestias que actualmente tiene el trabajador:

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias? (dd/mm/aa):

¿Había tenido estas molestias anteriormente?: SI: NO:

¿Algún otro trabajador tiene las mismas molestias? SI: NO:

Describe el trabajo o actividad que actualmente realiza el trabajador:

¿Cuál es el puesto de trabajo que realiza actualmente?

¿Qué cosas o agentes cree que le causan estas molestias?

¿Hace cuánto tiempo trabaja con esas cosas o agentes?

0-6 meses 7-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años

4.- Persona responsable del aviso:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte de la enfermedad (dd/mm/aa): Hora:

FIRMA Y SELLO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (EPR - 1) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ente habilitador para tal fin.

RNC: número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde labora la persona que presenta la enfermedad profesional.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales asignara a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales asignara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Sector: escriba el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la empresa o centro de trabajo.

Zona: marque con una X, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores: anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas hombres trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados remunerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona que presenta la enfermedad:

Apellidos y nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido; primer y segundo nombre

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que padece la enfermedad.

NSS (Numero de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos mas un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una X la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que padece de la enfermedad profesional

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Sector: escriba el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la vivienda del trabajador (a).

Teléfono: escriba el número telefónico permanente del trabajador que padece de la enfermedad de trabajo.

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada. las categorías a considerar serian:

B= básica, comprende desde 1ero a 8vo curso.

M= media, comprende desde 1ero a 4 to de bachillerato

S= superior, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres.

N= ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben.

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Fecha de ingreso a la empresa: hace referencia al día, mes o año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió la enfermedad.

Jornada de trabajo habitual: jornada de trabajo es todo el tiempo que el trabajador no puede utilizar libremente, por estar a la disposición exclusiva de su empleador. Debe marcar con un X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente:

- **Diurna:** es la comprendida entre las 7 de la mañana y las 9 de la noche.

- **Nocturna:** es la comprendida entre las 9 de la noche y las 7 de la mañana.

- **Mixta:** es la que comprende períodos de la jornada y nocturna, siempre que el período nocturno sea menos de tres horas; en caso contrario se reputa jornada nocturna.

- **Turnos:** incluye turnos a disponibilidad.

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores.

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembros de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de Trabajo: tiempo en horas cuando inicia la jornada de trabajo y cuando finaliza la misma.

Salario recibido: Indique el valor en pesos, del salario mensual que recibe el trabajador.

3.- Información sobre la enfermedad:

Señale las molestias que actualmente tiene el trabajador: hace referencia a las molestias o síntomas que refiere el trabajador o trabajadora que esta presentando como consecuencia de la enfermedad. Ejemplos: mareos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, dolor en la espalda, etc.

Hace cuanto tiempo tiene estas molestias?: se refiere al tiempo que tiene presentando estas molestias. Escribir el día, mes y año en que comenzó a sentir las molestias o síntomas. En el caso de que no precise el día poner fecha aproximada.

Había tenido estas molestias anteriormente?: marque la casilla correspondiente, **Si:** en el caso que el trabajador haya presentado las molestias o síntomas que reporta en fechas anteriores (meses o años) y **No:** en el caso que este presentando las molestias por primera vez.

Algún otro trabajador tiene las mismas molestias?: marque la casilla correspondiente, **Si:** cuando exista otro trabajador o trabajadora en la empresa que haya presentando ese tipo de molestias o síntomas y **No,** en caso contrario.

Describe el trabajo o actividad que actualmente realiza el trabajador: resuma el tipo de trabajo específico que realiza el trabajador describiendo las tareas que ejecuta al desarrollar el trabajo.

Cuál es el puesto de trabajo que realiza actualmente?: especifique cual es el puesto en el que el trabajador o trabajadora desempeña su trabajo al momento de notificar la enfermedad.

Qué cosas o agentes cree que le causan estas molestias?: hace referencia a los agentes o cosas presentes en el puesto o ambiente de trabajo que pueden estar ocasionando las molestias o síntomas. Ejemplo: ruido, vibraciones, calor, frío, polvo, humo, gases, etc.

Hace cuánto tiempo trabaja con esas cosas o agentes?: cuantificar en tiempo: días, meses o años, el período durante el cual ha estado expuesto/a a los agentes o cosas que entiende le están produciendo las molestias.

4. Persona Responsable del aviso:

Nombres y apellidos: especifique el nombre y apellido de la persona que llena el formulario de aviso de la enfermedad

Cargo: especifique el cargo de la persona que llena el aviso de enfermedad. El formulario debe ser llenado por el médico de la empresa y en el caso de no disponer la empresa de este servicio debe llenarlo la persona responsable por la empresa sustentada en recomendación realizada por el médico que realiza el diagnóstico de la enfermedad.

Fecha y hora de reporte de la enfermedad: se refiere al día, mes, año y hora en que se realiza el reporte de la enfermedad a la Administradora de Riesgos Laborales.