



**FORMULARIO DE AVISO ENFERMEDAD PROFESIONAL  
(EPR - 1)**

Código: FO-SC-004

Versión: 00

Página: 1 de 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 que presenta la enfermedad:**

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 que 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 diagnosticar la enfermedad:

**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:

Describa 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 de reporte de la enfermedad (dd/mm/aa):

Hora:

FIRMA Y SELLO