

FORMULARIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD PARA LOS RESIDENTES INTERNOS

Este es un documento para facilitar tu incorporación y tu estancia formativa en nuestro Hospital. Debes enviarlo cumplimentado al e-mail salutlaboral@santpau.cat para tener preparado tu expediente y facilitar el **examen obligatorio de salud, previo a la toma de posesión de la plaza.**

DATOS GENERALES DEL CANDIDATO/A:

Nombre y apellidos:
Documento de identidad:
Fecha de nacimiento:
Plaza por ocupar:
E-mail (hasta disponer del corporativo):

VACUNAS

Atención: Este es un requisito indispensable, asegúrate de que TODAS las vacunas estén completas y al día

Td Tétanos- Difteria	Nº dosis: _____ Última fecha vacunación (dd/mm/aa): _____ 5 dosis administradas hasta la edad de 14 años, o una dosis en los últimos 10 años.
--------------------------------	---

TRIPLE VÍRICA Sarampión, Rubeola y Paperas	Debe tener 2 dosis administradas Fecha dosis 1: _____ (entre la dosis 1 y la dosis 2 deben pasar mínimo 28 días) Fecha dosis 2: _____ Fecha dosis 3: _____ (dosis de recuerdo si la ha precisado)
--	---

VARICELA	Debes tener 2 dosis administradas o haber pasado la enfermedad Fecha dosis 1: _____ Fecha dosis 2: _____ ¿Has padecido la enfermedad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-----------------	---

POLIO	Nº dosis y última fecha de vacunación: _____ y _____
--------------	--



Nombre y apellidos:

HEPATITIS B Si no tuvieras determinados los títulos ya te los haremos aquí.	Fecha dosis 1: _____ Fecha dosis 2: _____ Fecha dosis 3: _____ Fecha y títulos POSITIVOS AntiHBs: _____ y _____ Fecha dosis de refuerzo: _____ (dosis de recuerdo si la has precisado)
---	--

VACUNAS RECOMENDADAS

GRIPE (INFLUENZA)	Fecha vacunación: _____ La vacunación debe ser de la temporada activa.
--------------------------	--

COVID-19	Vacunación 1ª y marca: _____ Vacunación 2ª y marca: _____ Vacunación 3ª y marca: _____ Vacunación 4ª y marca: _____ Vacunación 5ª y marca: _____ Otras dosis: _____ ¿Has padecido la COVID-19? SI ____ No ____ ¿Cuándo? (dd/mm/aa) _____ (Última vez)
-----------------	--

VACUNAS OBLIGATORIAS PARA ÁREAS DE PEDIATRÍA Y GINECOLOGÍA

Tdp Tétanos- Difteria- Tosferina La vacunación debe estar actualizada	Nº dosis y última fecha de vacunación: _____
Hepatitis A	Nºdosis y última fecha de vacunación: _____ Debe tener 2 dosis administradas o 3 en el caso de ser combinada con la vacuna de la Hepatitis B.

TUBERCULOSIS

BCG <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Fecha vacunación: _____ (Si dispones de la prueba de la tuberculina (Mantoux) o de la prueba del Quantiferón, realizada dentro de los últimos tres meses, la puedes aportar para agilizar el examen de salud) Has padecido la enfermedad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuándo? _____ (en caso afirmativo deberá aportar informes de ello y sobre su estado actual)

Nombre y apellidos:

INFORMACIÓN SOBRE SALUD FÍSICA Y MENTAL:

- Problemas de salud (en caso positivo especifica):

- Alergias medicamentosas y otras (en caso positivo especifica):

- Medicación habitual y dosificación:

*Si recibes medicación habitual, es aconsejable llevar la última receta con usted.

- ¿Tienes alguna necesidad adaptativa para tu lugar de trabajo? (en caso positivo especifica):

- Si la candidata está **embarazada** o cree que puede estarlo, o está en periodo de **lactancia**, deberá declararlo, para que durante la realización de su trabajo se apliquen las medidas de protección vigentes: