



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**REQUISITOS COMPLEMENTARIOS**

**CONTINGENCIA DENUNCIADA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL**

..... de ..... de 2018

**(\*) DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre del Trabajador: .....

C.U.I.L. N° ..... - ..... - .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Sexo: M  F

**DATOS DEL EMPLEADOR**

(\*) Nombre del Empleador: .....

(\*) C.U.I.T. N° ..... - ..... - .....

(\*) Teléfono de contacto del Empleador:.....

(\*) E-Mail de contacto del Empleador:.....

Domicilio legal del Empleador:

Calle:.....

Nro.: ..... Piso: ..... Depto.....

Localidad:.....

CP:..... Provincia:.....

(\*) Domicilio del establecimiento donde desempeña/ba:

(\*) Calle:.....

(\*) Nro.: ..... (\*)Piso: ..... (\*)Depto.....

(\*) Localidad:..... (\*) CP:.....

(\*) Provincia:.....

**DATOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL**

(\*) Enfermedad denunciada como de índole Profesional/Laboral: .....

.....

(\*) Fecha de toma de conocimiento/diagnóstico de la Enfermedad denunciada:.....

(\*) Antigüedad en la Empresa (años/meses):.....

(\*) Antigüedad en el Puesto/Sector de trabajo (años/meses):.....

Nombre del Puesto/Sector de trabajo: .....

.....

(\*) Jornada Laboral:

▪ cantidad de horas semanales: .....

▪ cantidad de días trabajados a la semana: .....

Conoce si está expuesto a un agente de riesgo (señale con una cruz): SI  NO

Agente/s de riesgo invocado/s: .....

.....

.....

(\*) Utiliza Elementos de Protección Personal (señale con una cruz): SI  NO

En caso afirmativo, indique cuales: .....

.....

(\*) Descripción de las tareas realizadas: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(\*) Alguna vez lo cambiaron de puesto de trabajo: SI  NO

(\*) En caso afirmativo, detalle que tareas realizaba:.....

.....  
.....  
.....

(\*) En la actualidad continúa trabajando para el empleador mencionado anteriormente: SI  NO

(\*) En caso negativo, señale el motivo del caso laboral:

Licencia Médica  Despido  Suspensión de Tareas

(\*) Por la Enfermedad denunciada a la ART/EA, realizó algún tratamiento médico SI  NO

(\*) En caso afirmativo, detalle el tratamiento médico que realizaba: .....

.....  
.....  
.....  
.....

(\*) En caso de que la Enfermedad denunciada a la A.R.T./E.A. como de índole laboral sea alguna de las siguientes, complete la totalidad de los campos que a continuación se detallan:

Disfonía:

Se desempeña/ba como docente:

NO  SI

En caso afirmativo, tiene actividad frente al curso con una cantidad de horas igual o mayor a 18 hs cátedra o 13.5 hs reloj por semana al frente de uno o más cursos:

NO  SI

Es/era operador de Call Center:

NO  SI

En caso afirmativo, está/ba expuesto al uso de la voz más de 13, 5 hs reloj semanales

NO  SI

Espondiloartrosis lumbar: Conduce/conducía vehículos de transporte urbano o interurbano de pasajeros:

NO  SI

Conduce/conducía maquinaria agrícola:

NO  SI

En caso Afirmativo, indique cuáles: .....

.....  
.....

Conduce/conducía maquinaria pesada del tipo vehículos viales o maquinaria de construcción: retroexcavadoras, palas, aplanadoras, etc.:

NO  SI

En caso Afirmativo, indique cuáles: .....

.....  
.....

Hernia lumbar: Realiza/ba Levantamiento Manual de Cargas:

NO  SI

En caso afirmativo, levanta/ba más de 25 Kg.

NO  SI

Indique peso aproximado de los objetos manipulados en Kilogramos:  
..... Kilogramos.

Indique la cantidad de levantamientos aproximados por hora/jornada:  
.....  
levantamientos.

Várices  
(primitivas bilaterales)

Camina/ba menos de 100 metros por hora, durante por lo menos 3 hs.  
seguidas en la jornada:

NO  SI

Permanece/permanecía estático (sin caminar) por lo menos 2 hs seguidas  
en la jornada:

NO  SI

Otra (en caso de no ser ninguna de las anteriores), indique la Enfermedad:

.....  
.....  
.....  
.....

**IMPORTANTE:**

Sr. Trabajador, **el presente formulario debe ser completado de puño y letra, en imprenta mayúscula.** Asimismo, se le informa que los datos por Ud. consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada.

Ante la inconsistencia de los datos o ante la ilegibilidad de lo que fuera consignado por Ud. en el presente formulario se procederá al cierre y archivo de las actuaciones, debiendo ser iniciado un nuevo trámite médico una vez subsanada la irregularidad.

**(\*) Datos obligatorios.**

.....  
[Firma y aclaración del trabajador damnificado]

.....  
[Firma y aclaración del Letrado Patrocinante]

.....  
[Firma y aclaración del Funcionario SRT interviniente]