

A SISTEMA DE PRL	
1 MODALIDAD PREVENTIVA ADOPTADA:	Ninguna <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Trabajador designado <input type="checkbox"/> Servicio Prevención Propio <input type="checkbox"/> Servicio Prevención Ajeno <input type="checkbox"/> Servicio Prevención Mancomunado <input type="checkbox"/>
2 EXISTE OBLIGACIÓN DE AUDITORÍA <input type="checkbox"/>	2.1 Se ha realizado la auditoría: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> 2.2 Se ha presentado la exención del Anexo II del RSP: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/>

B DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA AFECTADA	
3 EDAD: 16-24 años <input type="checkbox"/> 25-34 años <input type="checkbox"/> 35-44 años <input type="checkbox"/> 45-54 años <input type="checkbox"/> 55-65 años <input type="checkbox"/> > 65 años <input type="checkbox"/>	4 SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
5 CNO (3 dígitos):	6 DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO:
7 ANTIGÜEDAD	7.1 Empresa: < 1 año <input type="checkbox"/> 1 – 5 años <input type="checkbox"/> 5 – 10 años <input type="checkbox"/> 10 – 20 años <input type="checkbox"/> > 20 años <input type="checkbox"/> 7.2 Puesto trabajo: < 1 año <input type="checkbox"/> 1 – 5 años <input type="checkbox"/> 5 – 10 años <input type="checkbox"/> 10 – 20 años <input type="checkbox"/> > 20 años <input type="checkbox"/>

C DATOS SOBRE LA BAJA	
8 DURACIÓN DE LA BAJA: 6-9 meses <input type="checkbox"/> 9-12 meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/>	9 LA PERSONA AFECTADA HA SUFRIDO MÁS BAJAS DE LARGA DURACIÓN: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10 DAÑO/PATOLOGÍA CAUSANTE DE LA BAJA	10.1 Origen: AT <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/> 10.2 Tipo: TME <input type="checkbox"/> ECV <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> F-A <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 10.3 Descripción: 10.4 Ha provocado limitación de las capacidades de la persona afectada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: 10.4.1 La limitación es: Temporal (hasta reincorporación) <input type="checkbox"/> Temporal (tras reincorporación) <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> 10.4.2 Las capacidades afectadas son: Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/>
11 TRAS EL ALTA, LA PERSONA AFECTADA DEBE RECIBIR SEGUIMIENTO CONTINUADO	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

D DATOS SOBRE DAÑOS/PATOLOGÍAS VINCULADOS A OTRAS BAJAS DE LARGA DURACIÓN OCURRIDAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
12 EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS SE HAN PRODUCIDO MÁS REINCORPORACIONES TRAS BAJAS PROLONGADAS <input type="checkbox"/>	12.1 N.º personas afectadas:
13 En caso afirmativo:	
13.1 Origen: AT: <input type="checkbox"/> EP: <input type="checkbox"/> EC: <input type="checkbox"/> 13.2 Tipo: TME: <input type="checkbox"/> ECV: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> TA: <input type="checkbox"/> F-A: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> 13.3 Descripción: 13.4 Han provocado limitación de las capacidades de la persona afectada Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: 13.4.1 La limitación es: Temporal (hasta reincorporación) <input type="checkbox"/> Temporal (tras reincorporación) <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> 13.4.2 Las capacidades afectadas son: Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/>	

E PROCEDIMIENTO DE RETORNO AL PUESTO DE TRABAJO	
14 LA EMPRESA DISPONE DE UN PROCEDIMIENTO/INSTRUCCIÓN ESPECÍFICO DE RETORNO AL TRABAJO, DOCUMENTADO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo:	
14.1 Ha sido elaborado con la participación de los trabajadores/as	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
14.2 Es conocido por los trabajadores/as	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
14.3 Identifica los distintos agentes implicados en los programas de retorno al puesto, sus funciones y sus responsabilidades	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
14.4 Prevé el establecimiento de planes de retorno individualizados y específicos para cada persona	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

F ACTIVIDADES PREVENTIVAS NP <input type="checkbox"/>	
15	<p>VIGILANCIA SALUD: SE HA EVALUADO EL ESTADO SALUD TRAS LA AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD art. 37.3.b.2 RSP Sí <input type="checkbox"/> No (renuncia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>15.1 En caso negativo, se ha realizado otro tipo evaluación/vigilancia salud tras reincorporación Sí <input type="checkbox"/> No (renuncia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 15.1.1 Meses <input type="text"/></p> <p>Si se ha realizado alguna evaluación/vigilancia de la salud tras la reincorporación 15.2 Tiene en cuenta todos los requerimientos del puesto (condiciones de trabajo) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>15.3 Tiene como resultado: Apto <input type="checkbox"/> Apto con limitaciones <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/></p>
16	<p>EVALUACIÓN DE RIESGOS: TIENE EN CUENTA DE FORMA ESPECÍFICA LA LIMITACIÓN ACTUAL DE LAS CAPACIDADES DE LA PERSONA AFECTADA. NP <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>16.1 En caso afirmativo, establece la realización de intervenciones en el puesto para adaptar el trabajo a sus nuevas capacidades Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16.2 En caso afirmativo, especificar las intervenciones contempladas en la evaluación de riesgos:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><input type="checkbox"/> Adaptación del puesto de trabajo (intervenciones en tareas/lugares/equipos)</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Adecuación/reducción de horarios de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Apoyo/acompañamiento temporal de la persona afectada</p> <p><input type="checkbox"/> Incorporación progresiva al puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Otras</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Otras (indicar):</p> </div> </div>
17	<p>LA EMPRESA HA LLEVADO A CABO INTERVENCIONES EN EL PUESTO PARA ADAPTAR EL TRABAJO A LAS NUEVAS CAPACIDADES / NECESIDADES DE LA PERSONA AFECTADA. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo:</p> <p>17.1 Especificar las intervenciones realizadas por la empresa</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><input type="checkbox"/> Adaptación del puesto de trabajo (intervenciones en tareas/lugares/equipos)</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Adecuación/reducción de horarios de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Apoyo/acompañamiento temporal de la persona afectada</p> <p><input type="checkbox"/> Incorporación progresiva al puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Otras</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Otras (indicar):</p> </div> </div> <p>17.2 Dichas intervenciones se han establecido de forma individualizada y específica (plan individualizado) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>17.3 La modalidad preventiva realiza un seguimiento de la efectividad de las intervenciones realizadas 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
G PERCEPCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA NP <input type="checkbox"/>	
18	<p>CON RESPECTO A SU SITUACIÓN ANTERIOR, EN LA ACTUALIDAD LA PERSONA AFECTADA PUEDE DESEMPEÑAR ADECUADAMENTE SU TRABAJO, TENIENDO EN CUENTA:</p> <p>18.1 La jornada laboral (horarios, ritmo de trabajo...) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>18.2 El entorno laboral (lugar de trabajo, compañeros, clientes...) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>18.3 Las características y requisitos de las tareas realizadas 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
19	<p>LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR LA EMPRESA, RELATIVAS AL RETORNO AL PUESTO DE TRABAJO:</p> <p>19.1 Han sido consensuadas con la persona afectada NP <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>19.2 Son efectivas y se adaptan a las necesidades de dicha persona NP <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
H PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO (PST)	
20	<p>LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA CONOCE LO QUE ES LA PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/></p>
21	<p>SE DOCUMENTA POR ESCRITO LA FORMA DE LLEVAR A CABO LA PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/></p>
22	<p>LA EMPRESA LLEVA A CABO ACTUACIONES CONCRETAS EN MATERIA DE PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/></p> <p>22.1 En caso afirmativo, tipo de actividades realizadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Informativas/sensibilización <input type="checkbox"/> Programas de intervención <input type="checkbox"/> Programas para favorecer hábitos saludables <input type="checkbox"/> Otras</p>
23	<p>LOS EXÁMENES INDIVIDUALES DE SALUD INCLUYEN ACTUACIONES DE PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/></p>