

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"/> <p>2.1 Se ha realizado la auditoría: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p>

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): <input type="text"/>
6	DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO: <input type="text"/>
7	ANTIGÜEDAD <p>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"/></p> <p>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"/></p>

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 <p>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"/></p> <p>10.3 Descripción: <input type="text"/></p> <p>10.4 Ha provocado limitación de las capacidades de la persona afectada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>10.4.2 Las capacidades afectadas son: Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/></p>
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: <input type="text"/>
13	En caso afirmativo: <p>13.1 Origen: AT: <input type="text"/> EP: <input type="text"/> EC: <input type="text"/> 13.2 Tipo: TME: <input type="text"/> ECV: <input type="text"/> C: <input type="text"/> TA: <input type="text"/> F-A: <input type="text"/> Otro: <input type="text"/></p> <p>13.3 Descripción: <input type="text"/></p> <p>13.4 Han provocado limitación de las capacidades de la persona afectada Sí: <input type="text"/> No: <input type="text"/></p> <p>En caso afirmativo: 13.4.1 La limitación es: Temporal (hasta reincorporación) <input type="text"/> Temporal (tras reincorporación) <input type="text"/> Permanente <input type="text"/></p> <p>13.4.2 Las capacidades afectadas son: Físicas <input type="text"/> Sensoriales <input type="text"/> Mentales <input type="text"/></p>

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"/> <p>En caso afirmativo:</p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> <p>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"/></p>

F ACTIVIDADES PREVENTIVAS NP <input type="checkbox"/>	
15	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"/>
	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 style="width: 50px;" type="text"/> 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"/> 15.3 Tiene como resultado: Apto <input type="checkbox"/> Apto con limitaciones <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>
16	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"/>
	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"/> 16.2 En caso afirmativo, especificar las intervenciones contempladas en la evaluación de riesgos: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Adaptación del puesto de trabajo (intervenciones en tareas/lugares/equipos) <input type="checkbox"/> Cambio de puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Adecuación/reducción de horarios de trabajo <input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Apoyo/acompañamiento temporal de la persona afectada <input type="checkbox"/> Incorporación progresiva al puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Otras </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Otras (indicar):</div> </div>
17	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"/>
	En caso afirmativo: 17.1 Especificar las intervenciones realizadas por la empresa <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Adaptación del puesto de trabajo (intervenciones en tareas/lugares/equipos) <input type="checkbox"/> Cambio de puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Adecuación/reducción de horarios de trabajo <input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Apoyo/acompañamiento temporal de la persona afectada <input type="checkbox"/> Incorporación progresiva al puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Otras </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Otras (indicar):</div> </div> 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"/> 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"/>
G PERCEPCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA NP <input type="checkbox"/>	
18	CON RESPECTO A SU SITUACIÓN ANTERIOR, EN LA ACTUALIDAD LA PERSONA AFECTADA PUEDE DESEMPEÑAR ADECUADAMENTE SU TRABAJO, TENIENDO EN CUENTA:
	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"/>
	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"/>
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"/>	
19	LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR LA EMPRESA, RELATIVAS AL RETORNO AL PUESTO DE TRABAJO:
	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"/> 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"/>
H PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO (PST)	
20	LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA CONOCE LO QUE ES LA PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
21	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"/>
22	LA EMPRESA LLEVA A CABO ACTUACIONES CONCRETAS EN MATERIA DE PST Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	22.1 En caso afirmativo, tipo de actividades realizadas: <input type="checkbox"/> Informativas/sensibilización <input type="checkbox"/> Programas de intervención <input type="checkbox"/> Programas para favorecer hábitos saludables <input type="checkbox"/> Otras
23	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"/>