

## Cuestionario de salud previo a la renuncia del reconocimiento médico

Hágase estas preguntas, no es preciso que las responda por escrito ni comunique a nadie la explicación del resultado ni datos médicos.

Después de su último reconocimiento médico laboral/ en el último año:

1. ¿Ha tenido intoxicación por fitosanitarios, biocidas u otros productos? ¿Necesito ser ingresado en un hospital?
2. Ha tenido dolor, contractura muscular en cuello espalda o extremidades que le limitase el trabajo o le impidiese realizarlo?
3. ¿Ha tenido problemas en la piel como quemaduras, irritación o eczemas relacionados con su trabajo o que le impidiesen realizarlo?
4. Ha tenido tos, expectoración, dolor en el pecho, ruidos en el pecho o falta de respiración que le impidiese o limitase su trabajo?

En caso de responder **SI** a alguna de estas preguntas deberá pasar reconocimiento médico y no podrá renunciar al mismo.

Si su respuesta es SI a alguna de ellas, marque esta casilla.....☐

Si su respuesta es siempre NO, marque esta casilla .....☐

Nombre Y Apellidos:

NIF-NIE:

## NO ACEPTACIÓN DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

D./Dña,  
trabajador/a de la Empresa AGRASUR , con  
Categoría y  
nº NIF-NIE , en relación con  
la oferta realizada por la empresa para la realización de  
mi reconocimiento médico específico,

### MANIFIESTO

Que he sido informado del contenido del artículo 22 de la Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, garantizándome la empresa la vigilancia de la salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, de su carácter confidencial y de los protocolos médicos específicos a aplicar, respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona.

Que ante el ofrecimiento facilitado por la empresa de mi examen de salud, y no siendo en este caso de carácter obligatorio, manifiesto expresamente la NO ACEPTACIÓN al mismo en este acto.

Y para que así conste a los efectos oportunos, mediante la complementación de los datos facilitados en este apartado, hago constar la presente **NO ACEPTACIÓN DEL RECONOCIMIENTO**

**MÉDICO** en lugar y fecha indicados,

En EL Centro de Trabajo: **TARAJE**

Fecha: