

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.
(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal,
transporte de materiales peligrosos)

1. FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	JOSE BAEZ DISLA	Fecha 11/11/2021
DNI	40212467571	F. Nacimiento 18/09/1997
Sexo	M (X) F ()	Tipo Licencia: 3
Área de trabajo:	CHOFER	
Empresa	COLDIAZ	
Trabaja de noche	Si (X) No ()	# días trabajo: # días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo NEGADO		

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Apnea del sueño	Si () No (X)	Ultimo control:
HTA:	Si () No (X)	Medicación: (riesgo >2)
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (X)	Fecha de última PSG:	N/A
Antecedentes de choque de vehículo:	En mina: Si () No (X) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si () No (X) (si es NO, pase a sección 4)

Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):

	SI	NO
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)		
Criterio 2 (2 o más es positivo)		
Accidente ocurrido en las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)		
AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión		
Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente		
Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente		
El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto		
El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodiacepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepressivos, etc)		
El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)		
Clasificación del (los) "Choque" o accidentes vehiculares del postulante	SI	NO
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)		
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)		
Accidente con escasa evidencia/ sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)		
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes		
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta la somnolencia)		

3. ENTREVISTA AL PACIENTE:

	SI	NO
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir	X	
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme		X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)		X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja		X
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?		X
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"		X
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP		X

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

- José Baez Disla
 Firma del trabajador o postulante
 DNI:

Índice Derecho



