|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONFIDENCIAL** |  | **NACIONES UNIDAS** | UN | **UNITED NATIONS** | **CUESTIONARIO PARA EL EXAMEN MÉDICO DEL EMPLEO** |
| Este cuestionario se utiliza para evaluar el estado de salud de los nuevos contratados y los empleados actuales que requieren una autorización médica de conformidad con la norma ST/AI/2011/3. Sobre la base de las respuestas, puede ser necesario realizar una evaluación médica adicional.**Sírvase completar electrónicamente y devolver este cuestionario lo antes posible a** **unogmedicalservice@un.org.****NO devuelva este cuestionario al VNU.**Si no hay espacio suficiente o si desea proporcionar documentos adicionales, preséntelos como anexos al presente cuestionario. |
| **Apellido (mayúsculas)**  | **Nombre**      | **Nombre anterior**      | **Género**[ ] **M** [ ] **F** |
| **Dirección actual (calle, ciudad, departamento, país)**       | **Fecha de nacimiento**      | **Lugar de nacimiento**      |
| **Dirección de correo electrónico**      | **Teléfono**      |
| **Index number**      | **Título de la asignación propuesta**      | **Locación de la asignación propuesta (duty station)**       |
| **1. ¿Ha tenido usted un chequeo médico en los últimos 2 años?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  | *Si su respuesta fue sí ¿En que fecha?* |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Si "no" le sugerimos que se realice un chequeo con su doctor antes de continuar respondiendo este cuestionario. Por favor, documente cualquier hallazgo que su médico considere relevante o cualquier información que usted quiera incluir.****.*      |
| **2. ¿Esta usted actualmente en tratamiento para alguna condición de salud (médica, quirúrgica o psicológica)?** |
| No [ ]  | Sí [ ]  | *Si la respuesta es "si" por favor elabore con detalle (incluya fecha del diagnóstico inicial, diagnostico actual y el tratamiento).* |
| Diagnóstico | Fecha | Tratamiento |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **3. ¿Ha ingresado usted al hospital por un periodo superior a 2 días consecutivos en los últimos 5 años o ha usted estado ausente de su trabajo por mas de 30 días calendario en los últimos 12 meses por algún tema de salud?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Si su respuesta fue "si" por favor explique las razones de la hospitalización o la razón de su ausencia al trabajo.*      |
| **4. ¿Toma usted algún medico con regularidad?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Si su respuesta fue "si" por favor provea mayo detalle (incluya nombre de CADA medicamento, dosis de prescripción y frecuencia).* |
| **Nombre** | **Dosis** | **Frecuencia** |  | **Nombre** | **Dosis** | **Frecuencia** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. Tiene alguna condición que vaya a requerir atención, intervención o tratamiento médico, quirúrgico o psicológico en los próximos 12 meses? *(Por favor, aquí responda “Sí” si está embarazada e indique la fecha probable de parto)*** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si su respuesta es "si" por favor desarrolle*       |
| **6. ¿Tiene usted alguna condición mental o física que le dificulte vivir, trabajar o viajar a algún territorio remoto con acceso limitado a servicios de salud?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si la respuesta es "si" por favor entregue detalles.*       |
| **7. ¿Tiene usted la vacuna contra la Fiebre Amarilla?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si su respuesta es “Sí”, por favor, proporcione la fecha de vacunación.* |
| **8. ¿Existe alguna vacuna que no pueda recibir? (Liste la/s vacuna/s y la/a razón/es: alergias, religión etc...)** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si la respuesta fue "si" por favor entregue detalles.*       |
| *Si usted tiene un record de vacunas o International Health Record por favor adjuntelo/s scanneado con este cuestinario con el nombre "Vaccine Record"* |
| **9. ¿Ha sufrido usted de alguna condición psicológica o física causada por su trabajo y reconocida por su anterior empleador?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si la respuesta es "si" por favor desarrolle con detalles.*       |
| **10. ¿Tiene usted actualmente alguna necesidad especial de acomodación en su espacio de trabajo para alguna condición medica o discapacidad física? (Por ejemplo tiene limitaciones para viajar, necesita algún escritorio especial, etc...)** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si la respuesta es "si" por favor desarrolle con detalles.*       |
| **11. ¿Esta usted al tanto de cualquier otro factor que pueda afectar su salud o su habilidad de desempeñar las labores propuestas en su lugar de asignación?** |
| No[ ]  | Sí[ ]  |  |
| *Si la respuesta es "si" por favor desarrolle con detalles.*       |
| **Declaración - Por favor lea, firme y haga un X en Aceptar o Declinar** |
| Yo,       , declaro que las respuestas a todas las preguntas son, según mi leal saber y entender, una representación completa y exacta de mi salud. También reconozco que el hecho de no revelar una condición física y psicológica conocida, incluidas las condiciones que se están investigando, puede dar lugar a la retirada de la autorización médica para el empleo, la denegación de prestaciones, la terminación o el despido de conformidad con las directivas administrativas pertinentes de mi organización empleadora.Fecha:      Debes marcar una casilla: ACEPTAR [ ]  DECLINAR [ ] Firma:       |