|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.**](mailto: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: | | |