|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Detalles personales | | | |
| Apellido: |  | Nombre: |  |
| Fecha de la lesión / enfermedad: |  | Fecha de nacimiento: |  |
| Cargo: |  | | |
| Lugar de trabajo: |  | Teléfono: |  |
| Supervisor: |  | Socio de RRHH: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evaluación e Informe para el Regreso al Trabajo (Llenado por el Médico) | | |
|  | El profesional de la salud entiende las expectativas / tareas esenciales de la función | |
|  | Apto (tiempo completo) – sin necesidad de restricciones o adaptaciones | Inicio (mm/dd/aaaa): |
|  | Apto sujeto a modificaciones del trabajo | Inicio (mm/dd/aaaa): |
|  | Incapaz de cumplir con los requisitos inherentes de la función | Inicio (mm/dd/aaaa):       Fin: |
|  | Adaptaciones requeridas *(explique)*: | Inicio (mm/dd/aaaa): |
|  | Los medicamentos perjudican la capacidad de funcionar en el trabajo | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Restricciones de la actividad | | | | | | | |
| **Restricciones de postura** | Máx. horas por día  0 2 4 6 8 | | Otras | **Restricciones de movimiento** | Máx. horas por día  0 2 4 6 8 | Otras | **Restricciones diversas *(si las hay)*** |
| De pie |  | |  | Caminar |  |  | Horas máx. por día de trabajo |
| Sentado |  | |  | Trepar *(escaleras)* |  |  | Pausas para sentarse / estirarse de       por |
| Arrodillado / agachado |  | |  | Agarrar / apretar |  |  | Debe usar una férula / yeso en el trabajo |
| Doblado / inclinado |  | |  | Muñeca *(flexión/extensión)* |  |  | Debe usar muletas en todo momento |
| Empujando / tirando |  | |  | Extender el brazo |  |  | No se puede conducir / operar equipo  pesado |
| Torsión |  | |  | Extender el brazo por encima de la cabeza |  |  | Sólo puede conducir con transmisión automática |
| Otra |  | |  | Teclear |  |  | Debe mantener        elevado  limpio y seco |
|  | | | | Otra |  |  | Ningún contacto de la piel con |
| **Restricciones específicas a *(si procede)*** | | | | **Restricciones de elevación / transporte *(si las hay)*** | | | Cambios de apósitos necesarios en el  trabajo |
| Mano / muñeca izq. | | Pierna izquierda | | No puede levantar / transportar objetos de más  de       lb  Por más de       horas por día | | | No correr |
| Mano / muñeca der. | | Pierna derecha | | Ningún trabajo /       horas/día de trabajo:  en ambientes extremos fríos / calientes  en alturas o en andamios |
| Brazo izquierdo | | Espalda | | No puede realizar ningún levantamiento /   transporte | | |
| Brazo derecho | | Pie / tobillo izq. | | Otra: | | | **Restricciones de medicamentos** |
| Cuello | | Pie / tobillo der. | | Debe tomar medicamentos recetados |
| Otras restricciones (si as hay) | | | | Se recomienda que tome medicamentos de  venta libre |
| El medicamento puede causar somnolencia   *(posibles problemas de seguridad / conducción)* |
| Estas restricciones se basan en la mejor comprensión por el médico de las funciones esenciales del trabajo del empleado. Si no se aplica una restricción en particular, no debe tenerse en cuenta. Si la tarea modificada que cumple con estas restricciones no está disponible, se debe considerar que el paciente está fuera del trabajo. **Nota:** Estas restricciones deben ser observadas fuera del trabajo así como en el trabajo. | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Próximos pasos |  | |
| Siguiente fecha de reevaluación (mm/dd/aaaa): |  | |
| Nombre del médico tratante: |  | Teléfono: |
| Firma del médico tratante: |  | |
| Fecha de certificación (mm/dd/aaaa): |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antes de regresar al trabajo**  Notifique a su Coordinador de Casos o al Gerente de Casos Médicos.  Envíe una copia de este formulario por correo electrónico o fax a: | US: Houston Health Services AU: Health Specialist  TTPU: Health Specialist Exploration: Houston Health Services |