




PROCEDIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

DEFINICIONES

Examen Ocupacional


Son aquellos exámenes médicos practicados a los trabajadores con el propósito de:

- Determinar si un trabajador tiene contraindicación o no para desempeñarse en una situación de riesgo (por ejemplo trabajar a alturas superiores a 3.000 metros sobre el nivel del mar), o
- Determinar si un contaminante ha ingresado en su organismo por diferentes vías piel, vía digestiva y/o vía respiratoria, en cantidades mayores a lo estipulado en nuestra legislación (DS N° 594, del Ministerio de Salud), o
- Establecer posibles alteraciones de salud frente a la exposición a un determinado agente de riesgo como por ejemplo verificar alteración auditiva por exposición a ruido en el lugar de trabajo.

Programas de Vigilancia

Son un conjunto de acciones protocolizadas, sistemáticas y coordinadas, desarrolladas por el Organismo Administrador del seguro Ley 16.744, a objeto de evitar la generación o evolución de determinadas enfermedades profesionales dentro de sus empresas afiliadas.

Corresponde a la evaluación del ambiente de trabajo para verificar cual es el nivel del riesgo presente, además contempla la evaluación de la salud del trabajador que se expone a dicho riesgo, por medio de un examen.

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

Dependiendo de los resultados, las evaluaciones del ambiente y de la persona expuesta se mantienen en el tiempo, vigilando ambiente y salud mientras se mantenga la exposición.

La implementación de los programas de vigilancia corresponde a una obligación legal para todos los Organismos Administradores del Seguro Social de la Ley N° 16.744, los que deben incorporar a sus entidades empleadoras en caso de detectar factores de riesgo generadores de enfermedades laborales, o bien, en el caso de presentarse trabajadores con enfermedades profesionales.

PROCEDIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES

INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL - UNIDAD SALUD OCUPACIONAL

SERVICIO SALUD IQUIQUE

1. Objetivo


Estandarizar proceso de evaluación médica ocupacional y entrega de exámenes de funcionarios(as) expuestos a riesgos específicos, pertenecientes a la Red Asistencial del Servicio de Salud de Iquique.

2. Alcance

Este procedimiento aplica para todos los funcionarios que se realicen exámenes en razón de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional.

3. Responsabilidad

3.1. Organismo Administrador (Instituto de Seguridad Laboral)

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

- Gestionar realización y emisión de resultado de exámenes de salud de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional.
- Informar al funcionario resultado de los exámenes de salud.
- Entregar al funcionario documento de consentimiento para la entrega de resultados de exámenes a empleador.
- Informar a Departamento de Salud Ocupacional resultado de exámenes en un Informe General

3.2. Empleador (Servicio de Salud Iquique)


- Autorizar la asistencia a la realización y entrega de exámenes al funcionario involucrado en la vigilancia epidemiológica de salud ocupacional cuando sea solicitado por el Organismo Administrador.
- Solicitar y resguardar resultados exámenes de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional, conforme a la ley 19.628

3.3. Funcionario

- Asistir a la realización de los exámenes según señale el Organismo Administrador
- Asistir a la entrega de los resultados de los exámenes ocupacionales según indique el Organismo Administrador

4. Desarrollo

- A. Los profesionales de Prevención de Riesgos de cada establecimiento del Servicio de Salud, conforme a evaluación de riesgo o exposición a agente específico de riesgos, gestiona a través de profesional del Departamento de Salud Ocupacional de la DSSI, citación para evaluación médica.
- B. La solicitud debe ser realizada a través de correo electrónico dirigido a la Enfermera Coordinadora del ISL y con copia informativa al Director Regional y a la

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019


Encargada de Prestaciones Médicas Regional del Instituto de Seguridad Laboral (ISL), adjuntando formulario de solicitud de exámenes ocupacionales (anexo 1) junto a consentimiento informado de cada funcionario(a) (anexo 2).

- C. La solicitud de exámenes debe ser presentada con un mínimo de 07 días hábiles de anticipación al ISL.
- D. El Organismo Administrador, en conformidad a los programas de vigilancia laboral o a solicitud del SSI, gestiona al prestador médico la evaluación de exámenes de salud correspondiente.
- E. ISL informa al Departamento de Salud Ocupacional a través de correo electrónico, dirigido al Departamento de Salud Ocupacional del SSI.

Tabla Nº 1

Nombre	Cargo	Correo	Teléfono
Carolina Castro Herrada	Enfermera Unidad Salud Ocupacional	carolina.castroh@redsalud.gov.cl	-
Luis Valderrama Guzmán	Profesional del Departamento Salud Ocupacional	luis.valderrama@redsalud.gov.cl	57-2409837

- F. La citación debe indicar, nombre del funcionario(a) citado, fecha, horario y lugar de presentación para la toma de examen. Señalando en el mismo los requisitos de presentación (ejemplo, en ayuna).
- G. Profesional de Salud Ocupacional del Servicio de Salud de Iquique informa al encargado(a) de prevención de riesgos del SSI correspondiente, la citación de evaluación de vigilancia médica, según lo indicado por ISL. Esta información debe ser remitida por correo electrónico, archivándose en carpeta física y/o virtual.
- H. El encargado(a) de prevención de riesgos correspondiente, informa a funcionario citado y a jefatura directa de éste. (Anexo 3)
- I. Jefatura directa del funcionario(a) autoriza a presentarse en la fecha indicado por el ISL.

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

- J. ISL informa al Departamento de Salud Ocupacional la asistencia o inasistencia del funcionario a la evaluación médica. Lo anterior debe ser realizado vía correo electrónico. (Según tabla N° 1)
- K. En caso de inasistencia a evaluación médica de funcionario citado, ISL reagendará citación coordinándolo con Departamento de Salud Ocupacional. Previamente a este reagendamiento se debe justificar inasistencia por parte de Jefatura Directa del funcionario(a) y/o por el Departamento de Salud Ocupacional.
- L. ISL cita a cada funcionario para entregar los resultados de los exámenes. Al momento de entregar los resultados al funcionario el ISL solicita a éste, la autorización o rechazo para la entrega de los resultados al empleador, conforme la Ley 19.628. La citación será vía correo electrónico y/o telefónicamente; indicado previamente en solicitud, de no ser así se enviara correo a Departamento de salud ocupacional SSI, para que informen a trabajador.
- M. En caso que el funcionario(a) autorice la entrega de los resultados, el ISL entregará en forma física y en sobre cerrado a la Enfermera de la Unidad de Salud Ocupacional del SSI en un plazo no mayor a 15 días desde la autorización del funcionario.
- N. En caso que funcionario(a) no concurre a retirar sus resultados al quinto día hábil, desde la segunda citación vía correo electrónico y/o telefónicamente; será enviado por Oficio a domicilio particular del trabajador. La primera citación se espera para el retiro de los funcionarios(as) cinco días hábiles y en la cual se le envía una segunda citación, informando al Departamento de Salud Ocupacional.
- O. ISL envía Informe General de los resultados, a la Dirección del Servicio de Salud a través de Oficio.



**Protocolo de acción en Caso de
Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades
Profesionales**

Código	PRO-USO-01
Revisión	00
Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

Anexo 1



FORMULARIO SOLICITUD EXÁMENES OCUPACIONALES.


Fecha solicitud:
DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre Empresa	
Rut Empresa	
Razón Social	
Sitio	
Dirección Empresa	
Comuna	
Responsable Solicitud	
E-mail responsable	
Fonos de contacto	

DATOS BATERÍA (marque con una X)

Altura Física	
Calor	
Fito	
Espacio confinado	
Vigilante privado	
Brigadista de rescate	
Buzo	
Conductor maquinaria pesada	
Conductor transporte pasajeros	
Conductor Vehículo de emergencia	
Operador equipo fijo parte móvil	

Rut *	Digito Verificador *	Pasaporte	Nombres *	Apellido Paterno *	Apellido Materno*	Cargo *	Fecha nacimiento dd/mm/aaaa *	Sexo (M/F) *	Dirección Particular, COMUNA	Teléfono de Contacto	Correo Electrónico Trabajador

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019



Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXÁMENES OCUPACIONALES

Yo _____ Cédula de Identidad _____, autorizo se me realice un control de salud y toma de exámenes para establecer mi condición de salud para trabajar en labores relacionadas con _____, y poder detectar si presento manifestaciones de alguna enfermedad profesional relacionada con mi trabajo.

Por lo anterior autorizo la realización de los siguientes exámenes:


Los resultados de los exámenes solo podrán ser entregados a mi persona o a un tercero expresamente autorizado para ello.

El Instituto deberá tratar la información, materia de estos exámenes conforme a lo establecido por la legislación vigente, en especial la normativa contenida en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, normas del Código Sanitario y demás que regulan la materia.

En _____, a _____ de _____ del 20____

FIRMA

NOMBRE RUT

	Protocolo de acción en Caso de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales	Código	PRO-USO-01
		Revisión	00
		Fecha Prox. Rev.	Marzo 2019

Anexo 3



CITACIÓN A EXÁMENES OCUPACIONALES

Yo, _____ RUN _____ perteneciente
a la unidad de _____ del Establecimiento _____
Tomo conocimiento para realización de exámenes ocupacionales de _____
Fecha : _____
Lugar : _____
Hora : _____
Indicaciones especiales : _____

Firma funcionario

Jefe Directo