



AU08-2022-01099

**CIRCULAR N°
SANTIAGO,**

ENCUESTAS ASOCIADAS A LA EVALUACIÓN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y REGISTRO DE SU INFORMACIÓN EN EL MÓDULO EVAST DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SISESAT)

MODIFICA EL TÍTULO II DEL LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS Y EL TÍTULO I. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SISESAT), DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTE, AMBOS DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las facultades que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395 y lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley N°16.744, ha estimado necesario modificar y complementar las instrucciones contenidas en el Título II del Libro IV. Prestaciones Preventivas, y en el Título II del Libro IX. Sistemas de información. informes y reportes, ambos del Compendio de Normas del Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la Ley N°16.744, redefiniendo la encuesta de salud, los elementos mínimos que la componen y su registro en el módulo EVAST del SISESAT.

I. MODIFÍCASE EL TÍTULO II. RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DE LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES Y DE LOS ADMINISTRADORES DELEGADOS, DEL LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS, DEL SIGUIENTE MODO:

Incorpórase en el Capítulo I. Aspectos generales, de la Letra F. Evaluación ambiental y de salud, el siguiente nuevo número 5:

5. Encuestas de salud asociadas a la evaluación de salud de los trabajadores(as)

La encuesta de salud se deberá realizar en las diferentes instancias de la evaluación de la salud del trabajador (a), con el objetivo de recoger información sanitaria que contribuya a la evaluación de la salud, la implementación de medidas y la entrega de recomendaciones para la prevención de accidentes y enfermedades.

En las evaluaciones de la salud del trabajador, existen los siguientes tipos de encuesta:

- a) Encuesta de salud laboral, cuyo objetivo es identificar factores protectores y/o de riesgo en una evaluación de salud de un trabajador, en el marco de una evaluación pre ocupacional, ocupacional y/o de vigilancia de la salud, realizadas porque el trabajador deberá exponerse, está expuesto o se expuso a un agente de riesgo o a condiciones laborales específicas que lo hagan más susceptible de sufrir un accidente laboral o enfermedad profesional.
- b) Encuestas de tamizaje, cuyo objetivo es evaluar la presencia de signos o síntomas de daño a la salud por la exposición a un factor o agente de riesgo.

En relación con la encuesta de salud laboral referida en la letra a), se debe precisar que en este instrumento se recopila información que permite al evaluador identificar y consignar factores de riesgo o protectores, condiciones de salud y, además, algunos aspectos de seguridad de los trabajadores (as) que los pueden hacer más propensos a sufrir un accidente laboral o una enfermedad profesional.

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán:

- a) Incluir la aplicación de la encuesta de salud laboral en la implementación de los protocolos y en los programas de vigilancia del ambiente y de la salud que deben elaborar - en ausencia de la existencia de un Protocolo del Ministerio de Salud-, incluso en la evaluación de egreso y/o postocupacional, así como en las evaluaciones de salud ocupacional. Asimismo, podrán aplicarla en las evaluaciones preocupacionales, según corresponda.
- b) Implementar una estrategia de registro informático del contenido de las encuestas de salud que considere los elementos mínimos que se señalan a continuación y los que estime necesarios de incluir, con el objetivo de que puedan acceder a la información contenida en ellas los diferentes profesionales que la requieran en el ámbito de sus funciones.

La encuesta de salud laboral y los elementos que la conforman se encuentran detallados en el documento electrónico: Anexo N°61 “Planilla de Definición de Encuesta de Salud Laboral”, la que está compuesta por los siguientes ítems de registro:

- i Identificación de la empresa: Corresponde a la información asociada a la entidad empleadora con el o los agente (s) de riesgo por la(los) cual(es) está(n) siendo evaluado el trabajador(a).
 - ii Antecedentes del centro de trabajo: Corresponde a la especificación del centro de trabajo en el cual desempeña o desempeñó el trabajador expuesto al agente de riesgo evaluado.
 - iii Identificación del Trabajador: considera los antecedentes generales de identificación y datos de contacto del trabajador (a).
 - iv Puesto de trabajo: Corresponde al registro del o los agentes de riesgos asociados a un cargo o puesto de trabajo, por el cual se está evaluando el trabajador. Incluye algunos aspectos de seguridad, como es el uso de elementos de protección personal frente a un agente de riesgo específico.
 - v Antecedentes mórbidos: Corresponde al registro de enfermedades, alergias, accidentes de origen común, cirugías y tratamientos asociados al trabajador (a).
 - vi Antecedentes Accidentes Laborales/Enfermedades profesionales: Incluye los porcentajes de invalidez que el trabajador (a) posea al momento de la evaluación.
 - vii Hábitos: Referidos al consumo de alcohol, medicamentos, tabaco, drogas y actividades extra laborales, entre otros.
 - viii Antecedentes Embarazo: Corresponde principalmente al registro de información voluntaria de la mujer, respecto de embarazo. Esto debido a la protección frente a la exposición a agentes que pueden provocar riesgo a la salud de la madre o del niño (a) en gestación).
- c) La información de la encuesta de salud laboral deberá ser remitida al módulo EVAST del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), conforme a lo señalado en el numeral iii), letra h), número 3, Capítulo I, Letra D, Título I, del Libro IX.
- La aplicación de la encuesta de salud laboral deberá ser actualizada, cada vez que se efectúe una evaluación de salud, y enviada al módulo EVAST de SISESAT.
- d) Para la correcta aplicación y registro de la información de la encuesta, deberán:
- i Elaborar la encuesta en un documento físico y/o electrónico, que contenga los elementos mínimos de registro señalados en esta instrucción, para que sea autoaplicada por el trabajador(a). El formato y diseño gráfico de dicho documento lo determinará el respectivo organismo administrador y el administrador delegado. Se debe verificar con el trabajador que las preguntas de la encuesta de salud laboral sean comprendidas, por lo que debe existir durante su aplicación un profesional o técnico de la salud capacitado, de respectivo organismo, encargado de resolver las dudas de los trabajadores y verificar la completitud adecuada de las encuestas.
 - ii El profesional de salud encargado del registro de la información en el sistema de información, en caso de no ser médico(a) del trabajo o enfermera(o) de salud ocupacional, deberá contar con una capacitación, que contemple, a lo menos conocimiento de los Protocolos del Ministerio de Salud vigentes, de los programas de vigilancia de ambiente y de la salud elaborados por los organismos administradores y administradores delegados, en ausencia de un Protocolo del Ministerio de Salud, conocimiento de antecedentes mórbidos, diagnósticos de los diferentes sistemas y su Codificación CIE 10, con sus respectivas actualizaciones.

La información de los cursos realizados deberá ser enviada por el organismo administrador y administrador delegado, al sistema de capacitación del SISESAT, conforme a lo señalado en el número 2, Capítulo II, Letra E, Título II de este Libro.

II. INCORPÓRANSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL TÍTULO I. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SISESAT) DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES:

1. Modifíquese la Letra D. Evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EFAST), en los siguientes términos:

a) Reemplázase en la letra h) Evaluación de Salud, del numeral 3. Documentos y procesos operativos que conforman el modelo operativo EFAST/Estándar, del Capítulo I. Modelo Operativo EFAST/ Estándar, el numeral iii, por el siguiente:

“iii. E doc 74” Encuesta de salud laboral”:

Documento que se utiliza en la atención de salud de un trabajador, en las diferentes instancias de evaluación de la salud(a), con el objetivo de recoger información sanitaria que contribuya a la evaluación de la salud, la implementación de medidas y la entrega de recomendaciones para la prevención de accidentes y enfermedades.

El documento electrónico de la encuesta de salud laboral, que se utilizará en el modelo operativo estándar de EFAST, se encuentra disponible en el Anexo N°61 “Planilla de Definición de Encuesta de Salud Laboral”.

En relación con la secuencia de documentos electrónicos de la encuesta de salud, esta varía según el riesgo evaluado, el tipo de evaluación de salud efectuada al trabajador (a) y el tipo de documento electrónico asociado.

Respecto a la opcionalidad de registro de la encuesta de salud, en las vigilancias de la salud que se encuentren en producción en EFAST, corresponde el envío de la encuesta en todas ellas, excepto en la de Riesgo Psicosocial, que actualmente no se encuentra definida en el Protocolo.

La planilla de definición y zonas del e-doc 74, se encuentran detallados en el Anexo N°61“Planilla de definición de la Encuesta de Salud Laboral”.

b) Reemplázase en la letra c) Documentos electrónicos nuevos, del numeral 4. Definiciones conceptuales y operativas que contempla la implementación del módulo EFAST/Ruido, del Capítulo V. EFAST/Ruido, el número ii, por el siguiente:

“ii. E doc 74 “Encuesta Salud laboral”

Es el documento que contiene la mayor parte de las preguntas contenidas en la ficha epidemiológica establecida en el Protocolo vigente. El registro de la encuesta debe asociarse al código de agente de riesgo: 2001010001, de Ruido (ruido continuo, ruido intermitente, ruido impulsivo)”. El resto de zonas que utiliza, son del modelo estándar.

La Zona Encuesta de Salud Estándar debe actualizarse cada vez que se realiza una evaluación de salud auditiva según la periodicidad de control establecida en Protocolo vigente.”.

2. Incorpórase en la Letra H. Anexos, el Anexo N°61: “Planilla de Definición de Encuesta de Salud Laboral”, que se adjunta a esta circular.

III. VIGENCIA

Las instrucciones de la presente circular entrarán en vigencia a partir del 1° de marzo de 2023, con excepción de la remisión de la información de la encuesta de salud laboral al módulo EVAST del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), que deberá ser enviada a contar del 30 de noviembre de 2024.

PATRICIA SOTO ALTAMIRANO
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL (S)

DISTRIBUCIÓN:

- Mutualidades de Empleadores
 - Instituto de Seguridad Laboral
 - Empresas con Administración Delegada
- Copia informativa:
- Departamento Contencioso
 - Departamento de Supervisión y Control
 - Unidad de Prevención y Vigilancia
 - Unidad de Explotación de Sistemas y Continuidad Operacional
 - Unidad de Gestión Documental e Inventario

ANEXO N°61: "Planilla de Definición de Encuesta de Salud Laboral"

Encuesta Salud Trabajador
Zona Identificación Documento
Zona Empleador
Zona Centro de Trabajo
Zona GES
Zona Identificación del Trabajador (zit)
Zona Encuesta de Salud Estándar (zese)
Zona Seguridad

ZONA IDENTIFICACION TRABAJADOR (zit)						
NOMBRE DE CAMPO	DESCRIPCION	TAG	TIPO DE DATO	VALIDACIONES	OPCIONALIDAD	
CT PERSONA EVAST	La identificación de un trabajador está compuesto por un CTpersonaEVAST Complex type que contiene RUN, Apellido Paterno, Apellido materno, nombres, fecha nacimiento, edad, sexo, país nacionalidad, cargo denominado por la empresa (cargos que conforman el GES)	PersonaEVAST	CTpersonaEVAST			
Rut Trabajador	Rut Trabajador	Rut_Trabajador	STRut			1
Edad	Corresponde a la edad del trabajador expuesto.	Edad_EVAST	PositiveInteger	15<= Edad <=120		1
Fecha de nacimiento	Corresponde a la fecha de nacimiento del trabajador evaluado	Fecha_Nac_EVAST	Date	La fecha de nacimiento debe ser acorde a la edad registrada en campo anterior. Validaciones de Fecha. Formato Fecha: 2016-01-01		1
Apellido Paterno	Corresponde al apellido paterno del trabajador evaluado	Apellido_Paterno_EVAST	STTexto			1
Apellido Materno	Corresponde al apellido materno del trabajador evaluado	Apellido_Materno_EVAST	STTexto			1
Nombres	Corresponde a los nombres del trabajador expuesto	Nombres_EVAST	STTexto			1
Sexo	Corresponde al sexo del trabajador expuesto 1=hombre; 2=mujer	Sexo_EVAST	STSexo			1
Identidad Genero	Identidad Genero 1= Femenino 2= Masculino 3= Otros 4= Prefiero no contestar	Identidad_Genero	STIdentidadGenero			1
País Nacionalidad	1:Chileno 2: Extranjero	País Nacionalidad_EVAST	STPaísNacionalidad Evast			1
Pais Origen	País Origen Lista países	Pais_Origen	STPaísOrigen	Lista de Países SISESAT Agregar al Estándar/ Estándar Mínimo		1
Etnia	Etnia Lista Pueblo originario	Etnia	STEtnia	Lista de Etnias SISESAT		1

Escolaridad	Escolaridad Se debe registrar el ítem, considerando haber completado el nivel de enseñanza 1=Sin escolaridad 2=Básica 3=Media 4=Técnico 5=Universitaria 6=Magister 7=Doctorado	Escolaridad	STEscolaridad		IE	1
CTContacto telefonico	CTcontacto telefonico					
Telefono	Teléfono Importante registro para citación y seguimiento de control de la evaluación de salud Es obligatorio su registro para el caso del trabajador/ra posea teléfono. 1= Celular 2= Teléfono fijo 3= No posee teléfono 4= No desea entregar información	Telefono	STTelefono		IE	1
CTDetalleTelefono	Compuesto por: Propiedad del número de contacto y Numero Celular/Fijo Por opción 1= celular, puede ingresar de 1 a n CTDetalleTelefono Por opción 2= Telefono Fijo, pued ingresar de 1 a n CTDetalleTelefono Para opción 3 y 4 no llenar este CT					
Propiedad del número de contacto	Propiedad del número de contacto Corresponde al dueño del número del contacto telefónico 1=Propio 2=Teléfono del empleador (cuando el trabajador no registre ningún número de contacto) registrar el del empleador. 2= De un familiar o amigo 4= Otro (vecina u otro)	Propiedad del número de contacto	STPropiedad del número de contacto	Si campo "telefono" = 1 or 2	IE	1
Numero Celular/Fijo	Número Celular/Fijo corresponder al registro del número de celular +56 9 xxx xxx xx/Fijo	Numero Celular_Fijo	STTexto	Si campo "telefono" = 1 or 2 llenar este campo Si "Telefono "=1 validación de celular Si "Telefono "=2 validación de telefono fijo	I	3
Correo Electrónico	Correo Electrónico Corresponde a la dirección de correo de contacto que informa el/la Trabajador/a 1=Propio/Particular 2= Correo institucional (cuando el trabajador tiene correo institucional) 3= De un familiar o amigo 4= Otro (vecina u otro) 5= Actualiza correo electrónico 6= No desea entregar información asociada	STCorreo_Electrónico	STCorreoElectrónico		IE	1

Nombre correo electrónico	Nombre correo electrónico Registrar el correo electrónico que utilice el trabajador (a) sea propio o de un familiar donde pueda recibir información	Nombre_correo_elec trónico	Nombre correo electrónico	Validaciones típicas para dirección de correo Si campo "Correo Electronico" <>6 Llenar este campo	I	2
CT Cargo						
Tipo de relación contractual cargo	Tipo de relación contractual cargo 1: Postulante a un cargo 2: Cargo actual contratado 3: Cargo actual contratado, empleadores anteriores 4: Otros cargos asociados al mismo riesgo 6: Ex trabajador	Tipo_relación_contra ctual_cargo	STTipoRelContractC argo		IE	1
Cargo o puesto de trabajo	Cargo (s) contractual (es) u operativo o puesto de trabajo denominado por la empresa. TENS	Cargo_Empresa_GES	STTexto		I	1
CTAntigüedad Puesto Trabajo/Cargo						
Años Puesto Trabajo/Cargo	Antigüedad Puesto Trabajo/Cargo Se refiere a la Antigüedad en el Puesto de Trabajo o cargo Colocar cantidad en años	Antigüedad_en_Pues to_Trabajo_Cargo	PositiveInteger		I	1
Meses Puesto Trabajo/Cargo	Antigüedad Puesto Trabajo/Cargo Se refiere a la Antigüedad en el Puesto de Trabajo o cargo Colocar cantidad de meses	Antigüedad_en_Pues to_Trabajo_Cargo	PositiveInteger		I	1
CTDirección	Corresponde al conjunto de datos de dirección de SISESAT			CTDirección de EVAST del SISESAT		
ZONA ENCUESTA DE SALUD ESTANDAR (zese)						
NOMBRE DE CAMPO	DESCRIPCION	TAG	TIPO DE DATO	VALIDACIONES	OPCIONALIDAD	
Tipo de Evaluación de Salud	Corresponde al tipo de evaluación en el cual se aplica la encuesta de salud Corresponde al momento en que se realiza la evaluación con respecto a la exposición: 1= Evaluación Preocupacional 2=Evaluación Preocupacional (primera vez trabaja, sin historia laboral) 3= Evaluación Ocupacional incluido en Protocolo de Vigilancia de salud 4= Evaluación Ocupacional sin Protocolo asociado 5= Evaluación de Protocolo de Vigilancia de Salud (Ministerial) 6= Evaluación de Programa de Vigilancia de salud (No Ministerial-Elaborado por el OA-AD) 7= Evaluación Pos ocupacional 8= Evaluación pos ocupacional sin CT 9=Egreso 10=Sobreexposición de Protocolo Ministerial 11= Sobreexposición Programa de Vigilancia OA o AD	Tipo_Evaluación_Sal ud	STTipoEvaluaciónSa lud	Para Edoc 74 En Caso de opción 1,2, 4, 7 y 8 quedan opcionales de completar, los campos de higiene en zona empleador y los campos de higiene en la zona CT. En caso de opciones 1 y 2, la Zona GES se completa en forma opcional.	IE	1
Fecha Aplicación Encuesta	Fecha Aplicación Encuesta Corresponde a la fecha en la que se aplica la Encuesta de Salud	Fecha Aplicación Encuesta	Date	Validaciones típicas de fecha	I	1
CTExposición al agente de Riesgo	Este Ct comprende los siguientes campos: Uso Elementos de Protección CTDetalleElementosProtección Si, en campo "Tipo de relación contractual cargo" = 2, entonces completar "CTExposición al agente de Riesgo"					

Uso Elementos de Protección	1:si 2:no	Uso_Elementos_Protección	STSiNo	Si "Uso Elementos de Protección" = 1 Llenar el CTDetalleElementosProtección	IE	1
CTDetalleElementosProtección	Este Ct comprende los siguientes campos: *Tipo de Elemento de Protección Personal *CTDetalleEspecificaciónElementosProtección El CTDetalleEspecificaciónElementosProtección, Se puede llenar de 1 a n.					
Tipo de Elemento de Protección Personal	Tipo de Elemento de Protección Personal 1 Protectores de la cabeza 2 Protectores auditivos 3 Protectores oculares y de la cara 4 Protectores de cuello y tiroides 5 Protección de las vías respiratorias 6 Protectores de manos y brazos 7 Protectores de pies y piernas 8 Protector gonadal 9 Elementos adicionales al calzado: 10 Protectores de la piel 11 Protectores del tronco y el abdomen 12 Protección total del cuerpo 13 Equipos de protección contra las caídas distinto nivel. 14 Dispositivos disipadores de energía 15 Ropa de protección.	Tipo_Elemento_Protección_Personal	STTipoElementoProtecciónPersonal		IE	2
CTDetalleEspecificaciónTiposProtección	Este CT contiene los siguientes campos: *Especificación de Elemento de Protección Personal *Años uso elemento protección *Meses uso elemento protección El CTDetalleEspecificaciónElementosProtección puede ser de 1 a n					
Especificación de Elemento de Protección Personal	Especificación de Elemento de Protección Personal Corresponde a la especificación del elemento de protección, según cada tipo de elemento y zona del cuerpo protegida. Ver Lista de Parámetros	Especific_Elemen_Protec_Personal_Histor	STEspecificElemenP rotecPersonalHistor		IE	2
Años uso elemento protección	Años uso elemento protección Tiempo uso, cada elemento de protección Cantidad en años, del uso del elemento de protección. Puede completar con "0" cuando corresponda	Años_uso_elemento_protección	PositiveInteger		I	2
Meses uso elemento protección	Meses uso elemento protección Tiempo uso, cada elemento de protección Cantidad en meses, del uso del elemento de protección. Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_uso_elemento_protección	PositiveInteger		I	2

CTHabitos	Compuesto por: CTFumador CTIngestaAlcohol CTConsumoDroga Descripción_Otra_Tipo de Droga CT Consumo Medicamento sin indicación médica CTActividadExtralaboral					
Fumador	Fumador 1= Si (Al menos 1 cigarro a la semana) 2= No 3= Nunca ha fumado 4= Actualmente no	Fumador	STSiNo		IE	1
CTFumador	CTFumador compuesto por: Tipo de Tabaco, Tipo de Cigarrillo, Cantidad de consumo de Tabaco, Número Años de fumador, Meses de Fumador Repeticiones de 1 a 3			Si campo Fumador=1 o 4 Llenar este CTfumador		
Tipo de Tabaco	Tipo de Tabaco 1: Cigarrillos 2: Tabaco suelto 3: Vaporizador	Tipo_Tabaco,	STTipoTabaco		IE	2
Cantidad de consumo de Tabaco	Cantidad de consumo de Tabaco corresponde al Número de cigarrillos considerando tabaco y cigarrillos. En el caso de vaporizador corresponde cargas.... Registro del número de cigarrillos que consume en 1 semana	Cantidad_consumo_Tabaco	PositiveInteger		I	2
Número Años de fumador	Número de Años de fumador Puede completar con "0" cuando corresponda	Número_Años_de_fumador	PositiveInteger		I	2
Meses de Fumador	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	PositiveInteger		I	2
CTIngestaAlcohol	Compuesto por: *Ingesta de Alcohol *Cantidad ingesta Alcohol *Ingesta de Alcohol *Cantidad ingesta Alcohol *Número Años de consumo *Meses consumo			Si "Ingesta de Alcohol" = 1 o 4 Llenar CTIngestaAlcohol		
Ingesta de Alcohol	Ingesta de Alcohol 1= Si (Al menos 1 vaso a la semana) 2= No 3= Nunca ha consumido 4= Actualmente no	Ingesta_Alcohol	STIngestaAlcohol		IE	1
Cantidad ingesta Alcohol	Cantidad ingesta Alcohol Considerado el consumo en una semana. Indicar cantidad en ml	Cantidad_ingesta_Alcohol	Decimal		I	2
Número Años de consumo	Número de Años de Consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Número_Años_de_Consumo	PositiveInteger		I	2
Meses consumo	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	PositiveInteger		I	2
Consumo de Droga	Consumo de Droga 1= Si (Al menos 1 vaso a la semana) 2= No 3= Nunca ha consumido 4= Actualmente no	Consumo_Droga	STConsumoDroga		IE	1

CTConsumoDroga	El CTConsumoDroga está compuesto por los siguientes campos: *Tipo de Droga *Descripción Otro Tipo de Droga *Cantidad consumida de Droga *Número Años de consumo Droga *Meses consumo Para CTConsumoDroga puede llenar de 1 a n este CT			Si "Consumo de Droga" = 1 o 4 Llenar CTConsumoDroga		
Tipo de Droga	Tipo de Droga 1 =Cocaína 2 =Marihuana 3 =Anfetaminas 4 =Metanfetaminas 5 =Barbitúricos 6 =Opiáceos 7 =Benzodiacepinas 8 =Éxtasis 99=otra	Tipo_Droga	STTipoDroga		IE	2
Descripción_Otra_Tipo de Droga	Descripción_Otra_Tipo de Droga Colocar el nombre de la droga de fantasía o nombre químico	Descripción_Otra_Tipo de Droga	STtexto	Si "Tipo de Droga"= 99 Llenar este campo	I	2
Cantidad consumida de droga	Cantidad consumida registrar en este campo, la cantidad consumida, según las opciones consumo de droga. Ejemplo si consume al menos 1 día a la semana, consumo "x" cantidad en gr, numero de cigarrillos, número de pastillas, grageas. Etc.	Cantidad_consumida_droga	STtexto		I	2
Número Años de consumo droga	Número de Años de consumo droga Puede completar con "0" cuando corresponda	Número_Años_consumo_droga	PositiveInteger		I	2
Meses consumo	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	PositiveInteger		I	2
Consumo Medicamentos sin indicación médica	Consumo Medicamentos sin indicación médica 1= Si (Al menos 1 vez a la semana) 2= No 3= Nunca ha Consumido a 4= Actualmente no	Consumo Medicamentos sin indicación médica	STConsumoMedicamSin IndicMédica		IE	1
CTConsumoMedicamento sin indicacion medica	El CTConsumoMedicamento sin indicacion medica está compuesto por los siguientes campos: *Tipo de Medicamento *Descripción Otro Tipo de Medicamento *Cantidad consumida de Medicamento *Número Años de consumo Medicamento *Meses consumo Para CTConsumoMedicamento puede llenar de 1 a n este CT			Si "Consumo de Medicamentos sin indicaciónmédica" = 1 or 4 Llenar "CTConsumoMedicamento sin indicacion medica"		
Tipo de Medicamento	Tipo de Medicamento. El organismo administrador o administrador debe mantener una lista actualizada de medicamentos o fármacos para completar este registro Nombre del fármaco o medicamento	Tipo de Medicamento	STTipodeMedicamento		I	2
Cantidad consumida	Cantidad consumida Registrar en este campo, la cantidad consumida,	Cantidad_consumida_	STtexto		I	2
Número Años de consumo	Número de Años de consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Número_Años_consumo_	PositiveInteger		I	2

Meses consumo	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	PositiveInteger		I	2
Realiza Actividad Extra Laboral	Realiza Actividad Extra Laboral 1= Si (Al menos 1 vez a la semana) 2= No 3= Nunca ha Realizado Actividad Extra Laboral 4= Actualmente no	Realiza Actividad Extra Laboral	STRealizaActividadExtraLaboral		IE	1
CTRealizaActividadExtraLaboral	El CTRealizaActividadExtraLaboral contiene los siguientes campos: *Actividad extra laboral *Tipo actividad *Descripción_Otra_Actividad El CTRealizaActividadExtraLaboral puede llenarse de 1 a n			Si "Realiza Actividad Extra Laboral" = 1or 4 Llenar: "CTRealizaActividadExtraLaboral"		
Actividad extra laboral	Tipo de Actividad Nombre de la Actividad 1= Artísticas 2= Deportivas 3= Académicas 4= otro trabajo 99 = Otro Tipo de Actividad	Actividad extra laboral	STActividadExtraLaboral		IE	2
Tipo actividad	Tipo actividad especifique: ejemplo disparar arma de fuego, haber realizado servicio militar, paracaidismo, entrenamiento físico.	Tipo actividad	STTexto		I	2
Descripción_Otra_Actividad	Descripción_Otra_Actividad Colocar el nombre de Otro Tipo de Actividad	Descripción_Otra_Actividad	STtexto	Si "Actividad extra laboral" = 99 Llenar este campo	I	2
CTPresenta Antecedente mórbido	CTPresenta Antecedente mórbido, se compone de: * Presenta Antecedente mórbido * CTAntecedentesMorbidos Se puede enviar de 1 a n: Accidentes y Se puede enviar de 1 a n Enfermedad					
Presenta Antecedente mórbido	Presenta Antecedente mórbido Corresponde al registro de algún accidente previo y/o actuales. (incluye cirugías) 1= Accidente 2= Enfermedad 3= No Presenta	Presenta_Antecedente_mórbido	STSino	IE	IE	1
Origen	Origen de la calificación 1: Laboral 2: Común	Origen	STOrigen	Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar este campo	IE	2
Porcentaje de incapacidad	Porcentaje de incapacidad Registra porcentaje de Incapacidad si lo conoce, si no conoce el porcentaje de incapacidad registre en este campo= 999%. Puede registrar porcentaje cero (0)	Porcentaje_incapacidad	Decimal	Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar este campo Los valores a registrar son 2 enteros, y 2 decimales.	I	2

CTAntecedentes Mórbito	CTAntecedentes Mórbito compuesto por: *Sistema Afectado *Codificación CIE 10 *Tipo de Tratamiento Si campo: "Presenta Antecedente mórbito" = 1 or 2 Llenar para cada opción (1, Accidente o 2, Enfermedad), este CT; por Sistema Afectado, de 1 a n			Si "Presenta Antecedente de Mórbito" = 1 or 2 Llenar CTAntecedentes de Mórbito	I	2
Sistema Afectado	Sistema Afectado Lista de Enfermedades por Sistema 1 sistema cardio-vascular 2 sistema respiratorio 3 sistema endocrino 4 sistema digestivo 5 sistema musculo esquelético (reumatológicas, óseas o musculares) 6 sistema nervioso 7 hematológicas o de la coagulación de la sangre 8 aparato urogenital o enfermedades ginecológicas 9 enfermedades infecciosas 10 dermatológicas 11 enfermedades congénitas y/o hereditarias 12 psiquiátricas 13 enfermedades tumorales, cáncer, 14 inmunológico 15 sistema renal 16 órganos de los sentidos	Sistema Afectado	STSistema Afectado		IE	2
CTCIE10	Compuesto por: Codificación CIE10					
CT Codificación CIE10	Codificación CIE10 Corresponde a la Clasificación CIE10 del diagnóstico Lista CIE-10	Codificación CIE10	STCodificaciónCIE10 Utilizar lo del SISESAT	De 1 a n veces.	IE	2
Tipo de Tratamiento	Tipo de Tratamiento 1:Dietoterapia 2:Farmacoterapia o tratamiento con medicamentos 3:Fisioterapia 4:Hidroterapia 5: Logopedia 6:Ortopedia 7:Prótesis: dentales, lentes, etc 8:Psicoterapia 9:Quimioterapia 10:Radioterapia 11:Rehabilitación o tratamiento rehabilitador. 12:Reposo domiciliario 13:Sueroterapia 14:Terapia de quelación 15: Terapia ocupacional 16: Quirúrgicos	Tipo_Tratamiento	STTipoTratamiento	De 1 a n veces.	IE	2
CTAlergias	Se compone de: Campo: Presente antecedente de Alergia y CTDetalleAlergia					
Presenta antecedente de Alergia	Presenta antecedente de Alergia 1= Si 2=No	Presenta_antecedente_Alergia	STSiNo		I	1

CTListaAlergias	CTListaAlergias Compuesto por: *Tipo de alergia *CTNombre del alergen CTListaAlergias se puede llenar de 1 a 4 veces (Por cadaTipo de alergia)			Si campo "Presenta antecedente de Alergia"=1 De 1 a 4 veces.	I	2
Tipo Alergia	Tipo Alergia 1=Alimentos 2=Medicamentos 3=Agente de riesgo laboral 4=Alergia Ambiental	Tipo_Alergia	STTipoAlergia		IE	2
CTNombre del alergen	Compuesto por: Nombre del alérgeno Por cada tipo de alérgeno, agregar el nombre del alérgeno, de 1 a n veces. (Dentro de cada alergia detallar de 1 a n)				I	2
Nombre del alergen	Corresponde al nombre del alérgeno que provoca la alergia.	Nombre_alergen	Sttexto	De 1 a n veces.	I	2
CT De Reproductividad	Compuesto por: *Embarazo actual *Antecedentes embarazos *Partos *Antecedente Partos *Abortos *Antecedentes Abortos					
Embarazo actual	Embarazo actual 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Embarazo actual	STSiNoPref		IE	1
Antecedentes embarazos	Antecedentes embarazos Corresponde al número total de embarazos, incluye abortos.	Antecedentes embarazos	PositiveInteger	Si Embarazo actual =1 Llenar ste campo	I	1
Partos	Partos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Partos	STSiNoPref		IE	1
Antecedente Partos	Antecedente Partos Corresponde al número de partos, sea normal o cesárea, si no posee se registra "0"	Antecedente Partos	PositiveInteger	Si Partos =1 Llenar ste campo	I	1
Abortos	Abortos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Abortos	STSiNoPref		IE	1
Antecedentes Abortos	Antecedentes Abortos Corresponde al número de abortos, si no posee, se registra "0"	Antecedentes Abortos	PositiveInteger	Si Abortos s=1 Llenar ste campo	I	1

Lista: Tipos de Elementos de Protección Personal	
1	Protectores de la cabeza
2	Protectores auditivos
3	Protectores oculares y de la cara
4	Protectores de cuello y tiroides
5	Protección de las vías respiratorias
6	Protectores de manos y brazos
7	Protectores de pies y piernas
8	Protector gonadal
9	Elementos adicionales al calzado:
10	Protectores de la piel
11	Protectores del tronco y el abdomen
12	Protección total del cuerpo
13	Equipos de protección contra las caídas distinto nivel.
14	Dispositivos disipadores de energía
15	Ropa de protección.

Lista: Especificación de tipos de Elementos Protección Personal	
1	Cascos de seguridad (Clasificación A, B, C y D).
2	Prendas de protección para la cabeza (gorros, gorras, sombreros, etc., de tejido, de tejido recubierto, etc.).
3	Cascos para usos especiales (fuego, reflectantes, etc.).
4	Protectores auditivos de inserción, tipo tapón desechable (espuma).
5	Protectores auditivos de inserción, tipo tapón reutilizable o pre-moldeable (de silicona u otro material liviano).
6	Protectores auditivos supraaurales, tipo disco plano (sobre el pabellón).
7	Protectores auditivos supraaurales, tipo banda ajustable (tapa el inicio del canal auditivo).
8	Protectores auditivos circumaurales, tipo orejera universal (arnés de cabeza y/o nuca y/o barbilla).
9	Protectores auditivos circumaurales, tipo orejeras con arnés fijo de cabeza.
10	Protectores auditivos circumaurales, tipo orejeras con arnés fijo de barbilla.
11	Protectores auditivos circumaurales, tipo orejeras con arnés fijo de nuca.
12	Protectores auditivos de encerramiento, tipo cascos antirruído.
13	Protectores auditivos circumaurales, tipo orejeras acopladas a casco.
14	Protectores auditivos con circuitos electrónicos incorporados, del tipo dependientes del nivel y con aparatos de intercomunicación.
15	Lentes de seguridad (gafas) tipo: montura universal, montura integral, montura cazoletas.
16	Pantallas faciales.
17	Pantallas para soldadores (de mano, de cabeza, acoplables a casco de protección para la industria).
18	Lentes para usos especiales (rayos x, uv, agentes biológicos, químicos, etc)-
19	Equipos filtrantes de partículas (molestas, nocivas, tóxicas o radiactivas).
20	Equipos filtrantes combinados frente a gases y vapores.
21	Equipos filtrantes mixtos.
22	Equipos suministradores de aire (línea de aire).
23	Equipos suministradores de aire (equipos autónomos).
24	Equipos respiratorios con casco o pantalla para soldadura.
25	Equipos respiratorios con máscara amovible para soldadura.
26	Equipos de submarinismo.
27	Guantes anti-vibracional.
28	Guantes contra las agresiones mecánicas (perforaciones, cortes, etc.).
29	Guantes contra las agresiones químicas.
30	Guantes de protección contra agentes biológicos
31	Guantes contra las agresiones de origen eléctrico.

32	Guantes contra las agresiones de origen térmico.
33	Guantes contra las radiaciones
34	Manoplas.
35	Calzado de seguridad.
36	Calzado ocupacional
37	Calzado para riesgos especiales (riesgo eléctrico, químico, etc))
38	Botas de goma o caucho
39	Cubre-calzado de protección contra el calor.
40	Cubre-calzado de protección contra el frío.
41	Protectores meta-tarsales.
42	Polainas.
43	Plantillas de acero.
44	Plantillas antitérmicas o aislantes del calor y el frío.
45	Rodilleras.
46	Cremas de protección y pomadas (radiaciones por trabajo al aire libre).
47	Chalecos, chaquetas y cotonas de protección contra las agresiones mecánicas
48	(perforaciones, cortes, proyecciones de metales en fusión, etc.).
49	Chalecos, chaquetas y cotonas de protección contra las agresiones químicas.
50	Chalecos termógenos o resistentes a la temperatura.
51	Chalecos salvavidas.
52	Delantales de protección contra los rayos x (gonadal, tiroideo, etc)
53	Cinturones de sujeción del tronco.
54	Fajas y cinturones anti-vibraciones.
55	Tipo arnés.
56	Cinturones de posicionamiento.
57	Dispositivos de caídas de tipo deslizante.
58	Dispositivos con amortiguador.
59	Ropa de protección contra las agresiones mecánicas (perforaciones, cortes, etc.).
60	Ropa de protección contra las agresiones químicas.
61	Ropa de protección contra proyecciones de metales en fusión y radiaciones infrarrojas.
62	Ropa de protección contra fuentes de calor intenso o estrés térmico.
63	Ropa de protección contra el frío o bajas temperaturas.
64	Ropa de protección contra agentes biológicos.
65	Ropa de protección contra la contaminación radiactiva.
66	Ropa anti-polvo.
67	Ropa y accesorios (brazaletes, guantes, etc.) de señalización (retro-reflectantes, fosforescentes, etc.)
68	Protector Cuello y Tiroides
69	Protector gonadal