



AU08-2022-01099

**CIRCULAR N° 3.701**

**SANTIAGO, 20 DE OCTUBRE DE 2022**

**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 REPORTES, 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 la 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 dicha evaluación, 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 la evaluación de salud, en el marco de una evaluación 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(a) identificar y consignar factores de riesgo y/o protectores, asociados a hábitos, condiciones de salud y antecedentes sobre el uso de elementos de protección personal, entre otros.

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán:

- a) Incluir la aplicación de la encuesta de salud laboral en la implementación de los protocolos de vigilancia de salud del Ministerio de Salud y de 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. Además, podrán aplicarla en las evaluaciones preocupacionales, según corresponda.
- b) Implementar una estrategia de registro informático del contenido de las encuestas de salud laboral 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 solo los profesionales de la salud 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 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) o factor(es) de riesgo por el(os) 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: El registro del o los factores o agentes de riesgos asociados a un cargo o puesto de trabajo por el cual está siendo evaluado el trabajador, se encuentran en otras zonas del documento electrónico. En la encuesta se incluyen 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 el porcentaje de incapacidad permanente que tenga el trabajador(a) al momento de la evaluación, cuando corresponda.
  - 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. Además, la encuesta debe ser enviada al módulo EVAST de SISESAT, cuando se encuentre implementada en este sistema la remisión de la información del respectivo programa de vigilancia o de la evaluación ocupacional.
- d) Para la correcta aplicación y registro de la información de la encuesta de salud laboral, 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 informar al trabajador el objetivo de la encuesta de salud laboral y verificar con él que las preguntas de la encuesta sean comprendidas, por lo que debe existir durante su aplicación un profesional o técnico de la salud capacitado, encargado de resolver las dudas de los trabajadores y verificar la completitud adecuada de las encuestas. Asimismo, se deberán implementar las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de la información registrada.
  - ii. El profesional del organismo administrador o empresa con administración delegada, a cargo de la calidad de la información registrada en el sistema será la enfermera(o) de salud ocupacional o quien él o ella designe. Quien aplica la encuesta de salud 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, y diagnósticos de los diferentes sistemas.

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. Modifícase la Letra D. Evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EVAST), 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 EVAST/Estándar, del Capítulo I. Modelo Operativo EVAST/ 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, 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 EVAST, 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 EVAST, 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 EVAST/Ruido, del Capítulo V. EVAST/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 de 4 de diciembre de 2024.

**PAMELA GANA CORNEJO**  
**SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL (S)**

**SDLP/ETS/VNC/MPC/SIH/CCR**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Mutualidades de Empleadores
  - Instituto de Seguridad Laboral
  - Empresas con Administración Delegada
- Copia informativa:
- 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

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

Este documento electrónico 74 “encuesta de salud”, tiene asociado el documento electrónico 64 “listado de trabajadores”, ya que el Rut del trabajador encuestado debe encontrarse registrado en la lista de trabajadores del agente de riesgo por el cual se realizó la evaluación de salud.

ZONA IDENTIFICACION TRABAJADOR (zit)						
NOMBRE DE CAMPO	DESCRIPCION	TAG	TIPO DE DATO	VALIDACIONES	OPCIONALIDAD	
<b>CT PERSONA EVAST</b>	<i>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)</i>	PersonaEVAST	CTpersonaEVAST			
<b>Rut Trabajador</b>	Rut Trabajador	Rut_Trabajador	STRut		I	1
<b>Edad</b>	Corresponde a la edad del trabajador expuesto.	Edad_EVAST	PositiveInteger	15<= Edad <=120	I	1
<b>Fecha de nacimiento</b>	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	I	1
<b>Apellido Paterno</b>	Corresponde al apellido paterno del trabajador evaluado	Apellido_Paterno_EVAST	STTexto		I	1
<b>Apellido Materno</b>	Corresponde al apellido materno del trabajador evaluado	Apellido_Materno_EVAST	STTexto		I	1
<b>Nombres</b>	Corresponde a los nombres del trabajador expuesto	Nombres_EVAST	STTexto		I	1
<b>Sexo</b>	Corresponde al sexo del trabajador expuesto 1=hombre; 2=mujer	Sexo_EVAST	STSexo		I	1
<b>Identidad Genero</b>	Identidad Genero 1= Femenino 2= Masculino 3= Otros 4= Prefiero no contestar	Identidad_Genero	STIdentidadGenero		I	1
<b>País Nacionalidad</b>	1: Chileno 2: Extranjero	País Nacionalidad_EVAST	STPaísNacionalidad Evast		I	1
<b>País Origen</b>	País Origen Lista países SISESAT	Pais_Origen	STPaísOrigen	Lista de Países SISESAT Agregar al Estándar/ Estándar Mínimo	I	1
<b>Etnia</b>	Etnia Lista Pueblo originario SISESAT	Etnia	STEtnia	Lista de Etnias SISESAT	I	1
<b>Escolaridad</b>	Escolaridad Se debe registrar el ítem, considerando haber completado el nivel de enseñanza 1=Sin escolaridad 2=Básica 3=Media 4=Técnico	Escolaridad	STEscolaridad		IE	1

	5=Universitaria 6=Magister 7=Doctorado					
<b>CTContacto telefonico</b>	CTcontacto telefonico					
<b>Telefono</b>	<p>Teléfono</p> <p>Importante registro para citación y seguimiento de control de la evaluación de salud</p> <p>Es obligatorio su registro para el caso del trabajador/ra posea teléfono.</p> <p>1= Celular</p> <p>2= Teléfono fijo</p> <p>3= No posee teléfono</p> <p>4= No desea entregar información</p>	Telefono	STTelefono		IE	1
<b>CTDetalleTelefono</b>	<p>Compuesto por: Propiedad del número de contacto y Número Celular/Fijo</p> <p>Por opción 1= celular, puede ingresar de 1 a n CTDetalleTelefono</p> <p>Por opción 2= Teléfono Fijo, puede ingresar de 1 a n CTDetalleTelefono</p> <p>Para opción 3 y 4 no llenar este CT</p>					
<b>Propiedad del número de contacto</b>	<p>Propiedad del número de contacto Corresponde al dueño del número del contacto telefónico</p> <p>1=Propio</p> <p>2=Teléfono del empleador (cuando el trabajador no registre ningún número de contacto) registrar el del empleador.</p> <p>3= De un familiar o amigo</p> <p>4= Otro (vecina u otro)</p>	Propiedad del número de contacto	STPropiedad del número de contacto	Si campo "telefono" = 1 or 2	IE	1
<b>Numero Celular/Fijo</b>	Número Celular/Fijo corresponde 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



<b>Correo Electrónico</b>	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= Existiendo registro de un correo electrónico previo, en esta oportunidad actualiza el correo o lo corrige 6= No desea entregar información asociada 7=Registro de correo genérico o buzón institucional o de la entidad empleadora en la cual se desempeña, según corresponda	STCorreo_Electrónico	STCorreoElectrónico		IE	1
<b>Nombre correo electrónico</b>	Nombre correo electrónico Registrar el correo electrónico que utilice el trabajador (a) sea propio o de un familiar donde pueda recibir información	Nombre_correo_electrónico	Nombre correo electrónico	Validaciones típicas para dirección de correo. Si campo "Correo Electronico" <>6 Llenar este campo	I	2
<b>CT Cargo</b>						
<b>Tipo de relación contractual cargo</b>	Tipo de relación contractual cargo 1: Trabajador sin contrato, se encuentra postulando 2: Trabajador contratado en la empresa 3: Extrabajador	Tipo_relación_contractual_cargo	STTipoRelContractCargo		IE	1
<b>Cargo o puesto de trabajo</b>	Cargo (s) contractual (es) u operativo o puesto de trabajo denominado por la empresa.	Cargo_Empresa_GES	STTexto		I	1
<b>CTAntigüedad Puesto Trabajo/Cargo</b>						
<b>Años Puesto Trabajo/Cargo</b>	Antigüedad Puesto Trabajo/Cargo Se refiere a la Antigüedad en el Puesto de Trabajo o cargo Colocar cantidad en años Puede completar con "0" cuando corresponda.	Antigüedad_en_Puesto_Trabajo_Cargo	nonNegativeInteger		I	1
<b>Meses Puesto Trabajo/Cargo</b>	Antigüedad Puesto Trabajo/Cargo Se refiere a la Antigüedad en el Puesto de Trabajo o cargo Colocar cantidad de meses Puede completar con "0" cuando corresponda.	Antigüedad_en_Puesto_Trabajo_Cargo	nonNegativeInteger		I	1

<b>CTDirección</b>	Corresponde al conjunto de datos de dirección de SISESAT			CTDirección de EVAST del SISESAT		
<b>Tipo de Evaluación de Salud</b>	Corresponde al tipo de evaluación en el cual se aplica la encuesta de salud 1= Evaluación Preocupacional 2=Evaluación Preocupacional (primera vez trabaja, sin historia laboral) 3= Evaluación Ocupacional establecida en un Protocolo Ministerial o Programa de Vigilancia de salud 4= Evaluación Ocupacional, sin Protocolo de vigilancia de ambiente y/o de salud 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 Postocupacional asociada a Programa o Protocolo de vigilancia de salud 8= Evaluación postocupacional de trabajador pertenecientes a un CT que ya está cerrado 9= Evaluación de Egreso instruido en un Protocolo o Programa de vigilancia de salud 10=Evaluación de mayor estudio por Sobreexposición (LTB alterado) o hallazgos clínicos en la evaluación de vigilancia de salud, asociado a un Protocolo Ministerial 11= Evaluación de mayor estudio por Sobreexposición (LTB alterado) o hallazgos clínicos en la evaluación de vigilancia de salud, asociado a un Programa de Vigilancia OA o AD	Tipo_Evaluación_Salud	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
<b>Fecha Aplicación Encuesta</b>	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
<b>CTExposición al agente de Riesgo</b>	Este CT comprende los siguientes campos: Uso Elementos de Protección CTDetalleElementosProtección					
<b>Uso Elementos de Protección</b>	Si, en campo "Tipo de relación contractual cargo" = 2, entonces completar "CTExposición al agente de Riesgo" 1:si 2:no 3: Nunca ha usado EPP.	Uso_Elementos_Protección	STUso_Elementos_Protección	Si "Uso Elementos de Protección" = 1 Llenar el CTDetalleElementosProtección	IE	1

<b>CTDetalleElementosProtección</b>	Este CT comprende los siguientes campos: *Tipo de Elemento de Protección Personal *CTDetalleEspecificaciónElementosProtección El CTDetalleEspecificaciónElementosProtección, Se puede llenar de 1 a n.					
<b>Tipo de Elemento de Protección Personal</b>	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
<b>CTDetalleEspecificaciónTiposProtección</b>	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					
<b>Especificación de Elemento de Protección Personal</b>	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_Elemento_Protección_Personal_Histor	STEspecificElementoProtecciónPersonalHistor		IE	2
<b>Años uso elemento protección</b>	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	nonNegativeInteger		I	2

<b>Meses uso elemento protección</b>	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_elemen_protección	nonNegativeInteger		I	2
<b>CTHabitos</b>	Compuesto por: CTFumador CTIngestaAlcohol CTConsumoDroga Descripción_Otra_Tipo de Droga CT Consumo Medicamento sin indicación médica CTActividadExtralaboral					
<b>Fumador</b>	Fumador 1: habitual o continuo: al menos 1 día a la semana, todas las semanas 2: Esporádico/ocasional: Fuma con menor frecuencia a la opción 1 3: Fumó, pero actualmente no fuma 4: No fuma y nunca ha fumado	Fumador	STSino		IE	1
<b>CTFumador</b>	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, 2 o 3 Llenar este CTfumador		
<b>Tipo de Tabaco</b>	Tipo de Tabaco 1: Cigarrillos 2: Tabaco suelto 3: Vaporizador	Tipo_Tabaco,	STTipoTabaco		IE	2
<b>Cantidad de consumo de Tabaco</b>	Cantidad de consumo de Tabaco corresponde al Número de cigarrillos considerando tabaco y cigarrillos. Registro del número de cigarrillos que consume en 1 semana	Cantidad_consumo_Tabaco	PositiveInteger		I	2
<b>Años de fumador</b>	Número de Años de fumador "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_de_fumador	nonNegativeInteger		I	2
<b>Meses de Fumador</b>	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger		I	2
<b>CTIngestaAlcohol</b>	Compuesto por: *Ingesta de Alcohol *Cantidad ingesta Alcohol *Número Años de consumo *Meses consumo			Si "Ingesta de Alcohol" = 1, 2 o 3 Llenar CTIngestaAlcohol		
<b>Ingesta de Alcohol</b>	Ingesta de Alcohol 1: habitual o continuo: Al menos 1 vaso a la semana, todas las semanas	Ingesta_Alcohol	STIngestaAlcohol		IE	1

	2: Esporádico/ocasional: Consume con menor frecuencia a la opción 1 3: Consumió pero actualmente no consume 4: No consume y nunca ha consumido					
<b>Cantidad ingesta Alcohol</b>	Cantidad ingesta Alcohol Considerado el consumo en una semana. Indicar cantidad en ml	Cantidad_ingesta_Alcohol	Positeinteger		I	2
<b>Años consumo</b>	Años de Consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_Consumo	nonNegativeInteger		I	2
<b>Meses consumo</b>	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger		I	2
<b>Consumo de Droga</b>	Consumo de Droga  1: habitual o continuo: Al menos 1 vez a la semana, todas las semanas 2: Esporádico/ocasional: Consume con menor frecuencia a la opción 1 3: Consumió pero actualmente no consume 4: No consume y nunca ha consumido	Consumo_Droga	STConsumoDroga		IE	1
<b>CTConsumoDroga</b>	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			Si "Consumo de Droga" = 1, 2 o 3 Llenar CTConsumoDroga  Para CTConsumoDroga puede llenar de 1 a n veces este CT		
<b>Tipo de Droga</b>	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
<b>Descripción_Otra_Tipo de Droga</b>	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
<b>Cantidad consumida de droga</b>	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

<b>Años de consumo droga</b>	Número de Años de consumo droga "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_consumo_droga	nonNegativeInteger		I	2
<b>Meses consumo</b>	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	nonNegativeInteger		I	2
<b>Consumo Medicamentos sin indicación médica</b>	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	STConsumoMedicamentoSinIndicMédica		IE	1
<b>CTConsumoMedicamentoSinIndicacion Medica</b>	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"  Para CTConsumoMedicamento puede llenar de 1 a n este CT		
<b>Tipo de Medicamento</b>	Tipo de Medicamento. El organismo administrador o administrador delegado debe mantener una lista actualizada de medicamentos o fármacos para completar este registro Nombre del fármaco o medicamento	Tipo de Medicamento	STTipoMedicamento		I	2
<b>Cantidad consumida</b>	Cantidad consumida Registrar en este campo, la cantidad consumida,	Cantidad_consumida	STtexto		I	2
<b>Años de consumo</b>	Número de Años de consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_consumo_	nonNegativeInteger		I	2
<b>Meses consumo</b>	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger			

<b>Realiza Actividad Extra Laboral</b>	Realiza Actividad Extra Laboral 1: habitual o continuo: Al menos 1 vez a la semana, todas las semanas 2: Esporádico/ocasional: Realiza actividad con menor frecuencia a la opción 1 3: Realizó actividad, pero actualmente no realiza 4: No realiza y nunca ha realizado actividad	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" <> 4 Llenar: "CTRealizaActividadExtraLaboral"  El CTRealizaActividadExtraLaboral puede llenarse de 1 a n		
<b>Actividad Extra laboral</b>	Actividad extra laboral Nombre de la Actividad  1= Artísticas 2= Deportivas 3= Académicas 4= otro trabajo 99 = Otro Tipo de Actividad	Actividad_Extra laboral	STActividadExtraLaboral		IE	2
<b>Tipo actividad</b>	Tipo actividad especifique: ejemplo disparar arma de fuego, haber realizado servicio militar, paracaidismo, entrenamiento físico.	Tipo actividad	STTexto		I	2
<b>Descripción Otra_Actividad</b>	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
<b>CTPresenta Antecedente Mórbido</b>	CTPresenta Antecedente mórbido, se compone de: * Presenta Antecedente Mórbido * Origen * Porcentaje de incapacidad * CTAntecedentesMorbidos Se puede enviar de 1 a n: Accidentes y Se puede enviar de 1 a n Enfermedad					

<b>Presenta Antecedente mórbido</b>	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	STPresentaAntecedenteMórbido	IE	IE	1
<b>Origen</b>	Origen de la calificación 1: Laboral 2: Común	Origen	STOrigen	Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar este campo	IE	2
<b>Porcentaje de incapacidad</b>	Porcentaje de incapacidad Registra porcentaje de Incapacidad si lo conoce, si no conoce el porcentaje de incapacidad registre en este campo= 999%. "Puede completar con porcentaje "0" cuando corresponda".	Porcentaje_incapacidad	Decimal	Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar este campo. Los valores a registra son 2 enteros, y 2 decimales.	I	2
<b>CTAntecedentes Mórbidos</b>	CTAntecedentes Mórbido compuesto por: *Sistema Afectado *CTCodificación CIE 10 Diagnostico, el cual contiene a: +Tipo de Tratamiento  Si campo: "Presenta Antecedente Mórbido"= 1 or 2 Llenar para cada opción este CT (1, Accidente o 2, Enfermedad) y por Sistema Afectado, de 1 a n			Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar CTAntecedentes Morbido		
<b>Sistema Afectado</b>	Sistema Afectado Lista de Enfermedades por Sistema  1: A00-B99/ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 2: C00-D48/tumores (neoplasias) 3: D50-D89/enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad 4: E00-E90/enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 5: F00-F99/trastornos mentales y del comportamiento 6: G00-G99/enfermedades del sistema nervioso 7: H00-H59/enfermedades del ojo y sus anexos 8: H60-H95/enfermedades del oído y de la apófisis mastoides 9: I00-I99/enfermedades del sistema circulatorio 10: J00-J99/enfermedades del sistema respiratorio 11: K00-K93/enfermedades del sistema digestivo 12: L00-L99/enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	Sistema Afectado	STSistema Afectado	De 1 a n veces.	IE	2



	13: M00-M99/enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo 14: N00-N99/enfermedades del sistema genitourinario 15: O00-O99/embarazo, parto y puerperio 16: P00-P96/ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal 17: Q00-Q99/malformaciones congénitas Deformidades y anomalías cromosómicas" 18: R00-R99/síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte 19: S00-T98/traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa 20: V00-Y98/causas extremas de morbilidad y de mortalidad 21: Z00-Z99/factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud					
<b>CTCIE10</b>	Compuesto por: *CTCodificación CIE10Diagnóstico * Tipo de Tratamiento					
<b>CTCodificación CIE10 Diagnóstico</b>	Codificación CIE10 Diagnóstico Corresponde a la Clasificación CIE10 del diagnóstico Lista CIE-10	Codificación CIE10 Diagnóstico	STCodificaciónCIE10Diagnostic o Utilizar lo del SISESAT	De 1 a n veces.	IE	2
<b>Tipo de Tratamiento</b>	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 99: Sin tratamiento	Tipo_Tratamiento	STTipoTratamiento	De 1 a n veces.	IE	2

<b>CTAlergias</b>	Se compone de: Campo: Presenta antecedente de Alergia y CTDetalleAlergia					
<b>Presenta antecedente de Alergia</b>	Presenta antecedente de Alergia 1= Si 2=No	Presenta_antecedente_Alergia	STSiNo		I	1
<b>CTListaAlergias</b>	CTListaAlergias Compuesto por: *Tipo de alergia *CTNombre del alérgeno, el cual contiene el campo: Nombre del alérgeno  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.		
<b>Tipo Alergia</b>	Tipo Alergia 1=Alimentos 2=Medicamentos 3=Agente de riesgos presentes en el trabajo 4=Alergia Ambiental 5=Desconocido o en estudio	Tipo_Alergia	STTipoAlergia		IE	2
<b>CTNombre del alérgeno</b>	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)			Si Tipo Alergia = 1,2, 3 o 4 Llenar este CT	I	2
<b>Nombre del alérgeno</b>	Corresponde al nombre del alérgeno que provoca la alergia.	Nombre_alergeno	Sttexto	De 1 a n veces.	I	2
<b>CT De Reproductividad</b>	Compuesto por: *Embarazo actual *Antecedentes embarazos *Partos *Antecedente Partos *Abortos *Antecedentes Abortos					
<b>Embarazo actual</b>	Embarazo actual 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Embarazo actual	STSiNoPref		IE	3
<b>Antecedentes embarazos</b>	Antecedentes embarazos Corresponde al número total de embarazos, incluye abortos.	Antecedentes embarazos	PositiveInteger		I	3

<b>Partos</b>	Partos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Partos	STSiNoPref		IE	3
<b>Antecedente Partos</b>	Antecedente Partos Corresponde al número de partos, sea normal o cesárea, si no posee se registra "0"	Antecedente Partos	nonNegativeInteger	Si Partos =1 Llenar este campo	I	3
<b>Abortos</b>	Abortos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Abortos	STSiNoPref		IE	3
<b>Antecedentes Abortos</b>	Antecedentes Abortos Corresponde al número de abortos, si no posee, se registra "0"	Antecedentes Abortos	nonNegativeInteger	Si Abortos =1 Llenar este campo	I	3

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 antirruido.
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