

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

Este documento electrónico 74 “encuesta de salud”, tiene asociado el documento electrónico 64 “listado de trabajadores”, ya que el RUT del trabajador/a encuestado/a deberá encontrarse registrado/a en la lista de trabajadores/as 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	
CT PERSONA EVAST	<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			
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
País Origen	País Origen Lista países SISESAT	Pais_Origen	STPaísOrigen	Lista de Países SISESAT Agregar al Estándar/ Estándar Mínimo		1
Etnia	Etnia Lista Pueblo originario SISESAT	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 Número Celular/Fijo Por opción 1= celular, puede ingresar de 1 a n CTDetalleTelefono Por opción 2= Teléfono Fijo, puede 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. 3= 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 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

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= 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
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_electrónico	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: Trabajador sin contrato, se encuentra postulando 2: Trabajador contratado en la empresa 3: Extrabajador	Tipo_relación_contractual_cargo	STTipoRelContractCargo		IE	1
Cargo o puesto de trabajo	Cargo (s) contractual (es) u operativo o puesto de trabajo denominado por la empresa.	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 Puede completar con "0" cuando corresponda.	Antigüedad_en_Puesto_Trabajo_Cargo	nonNegativeInteger		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 Puede completar con "0" cuando corresponda.	Antigüedad_en_Puesto_Trabajo_Cargo	nonNegativeInteger		I	1

CTDirección	Corresponde al conjunto de datos de dirección de SISESAT			CTDirección de EVAST del SISESAT		
Tipo de Evaluación de Salud	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
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					
Uso Elementos de Protección	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
CTDetalleElementosProt ección	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_Elemento_Protección_Personal_Histor	STEspecificElementoProtecciónPersonalHistor		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	nonNegativeInteger		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	nonNegativeInteger		I	2

CTHabitos	Compuesto por: CTFumador CTIngestaAlcohol CTConsumoDroga Descripción_Otra_Tipo de Droga CT Consumo Medicamento sin indicación médica CTActividadExtralaboral					
Fumador	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
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, 2 o 3 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. Registro del número de cigarrillos que consume en 1 semana	Cantidad_consumo_Tabaco	PositiveInteger		I	2
Años de fumador	Número de Años de fumador "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_de_fumador	nonNegativeInteger		I	2
Meses de Fumador	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger		I	2
CTIngestaAlcohol	Compuesto por: *Ingesta de Alcohol *Cantidad ingesta Alcohol *Número Años de consumo *Meses consumo			Si "Ingesta de Alcohol" = 1, 2 o 3 Llenar CTIngestaAlcohol		
Ingesta de Alcohol	Ingesta de Alcohol 1: habitual o continuo: Al menos 1 vaso 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	Ingesta_Alcohol	STIngestaAlcohol		IE	1
Cantidad ingesta Alcohol	Cantidad ingesta Alcohol Considerado el consumo en una semana. Indicar cantidad en ml	Cantidad_ingesta_Alcohol	Positeinteger		I	2

Años consumo	Años de Consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_Consumo	nonNegativeInteger		I	2
Meses consumo	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger		I	2
Consumo de Droga	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
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			Si "Consumo de Droga" = 1, 2 o 3 Llenar CTConsumoDroga Para CTConsumoDroga puede llenar de 1 a n veces este CT		
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_Ti po 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
Años de consumo droga	Número de Años de consumo droga "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_consumo_droga	nonNegativeInteger		I	2
Meses consumo	Meses consumo Puede completar con "0" cuando corresponda	Meses_consumo	nonNegativeInteger		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	STConsumoMedicamentoSinIndicMédica		IE	1
CTConsumoMedicamentoSinIndicacion 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" Para CTConsumoMedicamento puede llenar de 1 a n este CT		
Tipo de Medicamento	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	STTipodeMedicamento		I	2
Cantidad consumida	Cantidad consumida Registrar en este campo, la cantidad consumida,	Cantidad_consumida	STtexto		I	2
Años de consumo	Número de Años de consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Años_consumo_	nonNegativeInteger		I	2
Meses consumo	Meses consumo "Puede completar con "0" cuando corresponda".	Meses_consumo	nonNegativeInteger			
Realiza Actividad Extra Laboral	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		
Actividad Extra laboral	Actividad extra laboral Nombre de la Actividad 1= Artísticas 2= Deportivas 3= Académicas 4= otro trabajo 99 = Otro Tipo de Actividad	Actividad_Extra laboral	STActividadExtraLa boral		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 Mórbito	CTPresenta Antecedente mórbito, se compone de: * Presenta Antecedente Mórbito * Origen * Porcentaje de incapacidad * CTAntecedentesMorbidos Se puede enviar de 1 a n: Accidentes y Se puede enviar de 1 a n Enfermedad					
Presenta Antecedente mórbito	Presenta Antecedente mórbito Corresponde al registro de algún accidente previo y/o actuales. (incluye cirugías) 1= Accidente 2= Enfermedad 3= No Presenta	Presenta_Antecedente_mórbito	STPresentaAntecedenteMórbito	IE	IE	1
Origen	Origen de la calificación 1: Laboral 2: Común	Origen	STOrigen	Si "Presenta Antecedente Mórbito" = 1 or 2 Llenar este campo	IE	2

Porcentaje de incapacidad	<p>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".</p>	Porcentaje_incapaci dad	Decimal	Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar este campo. Los valores a registra son 2 enteros, y 2 decimales.	1	2
CTAntecedentes Mórbidos	<p>CTAntecedentes Mórbido compuesto por: *Sistema Afectado *CTCodificación CIE 10 Diagnostico, el cual contiene a: +Tipo de Tratamiento</p> <p>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</p>			Si "Presenta Antecedente Morbido" = 1 or 2 Llenar CTAntecedentes Morbido		

Sistema Afectado	<p>Sistema Afectado Lista de Enfermedades por Sistema</p> <p>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 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</p>	Sistema Afectado	STSistema Afectado	De 1 a n veces.	IE	2
CTCIE10	<p>Compuesto por: *CTCodificación CIE10Diagnóstico * Tipo de Tratamiento</p>					
CTCodificación CIE10 Diagnóstico	<p>Codificación CIE10 Diagnóstico Corresponde a la Clasificación CIE10 del diagnóstico Lista CIE-10</p>	Codificación CIE10 Diagnóstico	STCodificaciónCIE10Diagnostic o 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 99: Sin tratamiento	Tipo_Tratamiento	STTipoTratamiento	De 1 a n veces.	IE	2
CTAlergias	Se compone de: Campo: Presenta 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 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.		
Tipo Alergia	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
CTNombre del alérgeno	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

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	3
Antecedentes embarazos	Antecedentes embarazos Corresponde al número total de embarazos, incluye abortos.	Antecedentes embarazos	PositiveInteger		I	3
Partos	Partos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Partos	STSiNoPref		IE	3
Antecedente Partos	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
Abortos	Abortos 1= Si 2= No 3= Prefiero no contestar	Abortos	STSiNoPref		IE	3
Antecedentes Abortos	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