

**MOD 2. DATOS ESPECIAL SENSIBILIDAD**

D./Dña.

Edad:

DNI:

SIP:

Municipio:

Teléfono:

Profesión/ocupación:

Empresa o entidad:

Centro de Salud/Atención primaria:

La persona trabajadora padece: (Aportar informes médicos, en caso de no tener Historia clínica o no haber pasado reconocimiento médico, actualizaciones)

☐ **Problemas de salud previos:**

☐ **Embarazo**

que en la actualidad se encuentra: ☐ compensada

☐ descompensada

Si en el último año ha necesitado :

. que le ajusten la medicación que toma habitualmente,

. ingresos hospitalarios o asistencia de urgencias,

. bajas (IT) por empeoramiento de su patología.

Valencia,

Fdo.

NOTA: **Es necesario cumplimentar correctamente todos los datos.**