

1.- Identificación general de la empresa

Nombre o razón social: RNC:

Nombre de la actividad económica: Filial o Sucursal:

Dirección (calle y no.):

Provincia: Municipio:

Ciudad: Sector: Teléfono:

Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

2.- Identificación de la persona que presenta la enfermedad

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M F Dirección (calle y no.):

Provincia: Municipio:

Sector: Teléfono: Teléfono de un familiar o vecino:

Nacionalidad: Escolaridad: P S U N Estado civil: S C

ARS a la que pertenece:

Ocupación:

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): Jornada de trabajo habitual: Diurna Nocturna Mixta Turnos

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa):

Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses 7-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (entrada/salida): ¿Qué salario recibía al momento de sufrir la enfermedad?:

3.- Información sobre la enfermedad

Señale las molestias que actualmente tiene el trabajador:

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias? (dd/mm/aa):

¿Había tenido estas molestias anteriormente?: Si No

¿Algún otro trabajador tiene las mismas molestias?: Si No

Describe el trabajo o actividad que actualmente realiza el trabajador:

¿Cuál es el puesto de trabajo que ocupa actualmente?

¿Qué cosas o agentes cree que le causan estas molestias?

¿Hace cuánto tiempo trabaja con esas cosas o agentes?

0-6 meses 7-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años

4.- Persona responsable del aviso

Nombres y apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte de la enfermedad (dd/mm/aa): Hora:

Firma y sello

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (EPR-1) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación general de la empresa

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ente habilitador para tal fin.

RNC: coloque el número único que identifica a cada empresa.

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador, en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Filial o Sucursal: mencione la filial (entidad controlada por otra) o la sucursal (establecimiento comercial creado por una empresa) que corresponda.

Dirección (calle y no.): especifique la dirección de la sede se encuentra ubicada la empresa o centro de trabajo.

Provincia: especifique el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

Municipio: especifique el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

Ciudad: especifique el nombre de la ciudad donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

Sector: especifique el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la empresa o centro de trabajo.

Teléfono: coloque el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde se realiza el reporte.

Correo electrónico: coloque el correo electrónico del empleador o de su representante.

No. de trabajadores: anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de presentarse la enfermedad.

Total HHT por año (total de horas hombres trabajadas): coloque el total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados remunerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona que presenta la enfermedad

Apellidos: especifique los apellidos de el/la trabajador o trabajadora que presenta la enfermedad en orden de primer y segundo apellido.

Nombres: especifique los nombres de el/la trabajador o trabajadora que presenta la enfermedad en orden de primer y segundo nombre.

Cédula: coloque el número de la cédula de identidad de el/la trabajador o trabajadora que padece la enfermedad.

NSS (Número de Seguridad Social): coloque el número de identificación para el/la afiliado(a), otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: coloque la fecha correspondiente en el orden día, mes, año.

Edad: coloque la edad, en años cumplidos, al momento de presentar la enfermedad.

Sexo: marque la casilla correspondiente si la persona que presenta la enfermedad es de sexo masculino (**M**) o de sexo femenino (**F**)

Dirección (calle y no.): mencione la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que padece la enfermedad.

Provincia: mencione el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente de el/la trabajador(a) que padece la enfermedad..

Municipio: mencione el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente de el/la trabajador(a) que padece la enfermedad.

Sector: mencione el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la vivienda de el/la trabajador(a).

Teléfono: coloque el número telefónico permanente de el/la trabajador(a) que padece de la enfermedad.

Teléfono de un familiar o vecino: coloque el número telefónico de un familiar, amigo(a) o vecino(a) que pueda ayudar a localizar a el/la trabajador(a) que presenta la enfermedad.

Nacionalidad: mencione la condición de pertenencia a un estado o nación con el que se reconoce a la persona que presenta la enfermedad, obtenida por nacimiento o naturalización.

Escolaridad: marque la casilla que indica el nivel de escolaridad de el/la trabajador(a) que presenta la enfermedad, dentro de las siguientes categorías:

P= primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso.

S= secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. curso de bachillerato.

U= universitaria, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres.

N= ninguna, se refiere a personas que no leen ni escriben.

Estado civil: señale si el estado civil de la persona accidentada, si es soltera (S) o casada (C). Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras.

ARS a la que pertenece: coloque el nombre de la entidad administradora de riesgos de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador(a) que sufrió la posible enfermedad profesional.

Ocupación: especifique el oficio o profesión definido en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el/la trabajador o trabajadora que sufrió la posible enfermedad profesional.

Fecha de ingreso a la empresa: especifique el día, mes o año en que se vinculó a la empresa el/la trabajador(a) que sufrió la posible enfermedad profesional.

Jornada de trabajo habitual: maque con un X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el/la trabajador(a) que sufrió la posible enfermedad profesional:

- **Diurna:** es la comprendida entre las 7 de la mañana y las 9 de la noche.

- **Nocturna:** es la comprendida entre las 9 de la noche y las 7 de la mañana.

- **Mixta:** es la que comprende períodos de la jornada diurna y nocturna, siempre que el período nocturno sea menos de tres horas; en caso contrario se reporta jornada nocturna.

- **Turnos:** incluye turnos a disponibilidad.

Fecha de ingreso al puesto de trabajo: coloque el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores.

Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): marque el período que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto.

Situación en el empleo: coloque la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (asalariado, empleador, miembro de cooperativa de productores, trabajador familiar auxiliar, trabajador por cuenta propia o trabajador que no puede clasificar en estas categorías).

Horario de trabajo: coloque el tiempo, en horas, cuando inicia la jornada de trabajo y cuando finaliza la misma.

¿Qué salario recibía al momento de presentar la enfermedad?: coloque el valor en pesos, del salario mensual que recibe el/la trabajador(a).

3.- Información sobre la enfermedad

Señale las molestias que actualmente tiene el trabajador: describa las molestias o síntomas que refiere el/la trabajador(a) que está presentando como consecuencia de la enfermedad. Ejemplos: mareos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, dolor en la espalda, etc.

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: indique que el día, mes y año en que comenzó a sentir las molestias o síntomas. En el caso de que no precise el día, poner fecha aproximada.

¿Había tenido estas molestias anteriormente?: marque la casilla correspondiente, **si**, cuando haya presentado anteriormente las molestias o síntomas que reporta en la empresa, y **no**, en caso contrario.

¿Algún otro trabajador tiene las mismas molestias?: marque la casilla correspondiente, **si**, cuando exista otro trabajador o trabajadora en la empresa que haya presentando ese tipo de molestias o síntomas y **no**, en caso contrario.

Describe el trabajo o actividad que actualmente realiza el trabajador: resume el tipo de trabajo específico que realiza el trabajador describiendo las tareas que ejecuta al desarrollar el trabajo.

¿Cuál es el puesto de trabajo que ocupa actualmente?: especifique cual es el puesto en el que el trabajador o trabajadora desempeña su trabajo al momento de notificar la enfermedad.

¿Qué cosas o agentes cree que le causan estas molestias?: especifique los agentes o cosas presentes en el puesto o ambiente de trabajo que pueden estar ocasionando las molestias o síntomas. Ejemplo: ruido, vibraciones, calor, frío, polvo, humo, gases, etc.

¿Hace cuánto tiempo trabaja con esas cosas o agentes?: señale en meses o años, el período durante el cual ha estado expuesto/a a los agentes o cosas que entiende le están produciendo las molestias.

4. Persona responsable del aviso

Nombres y apellidos: especifique el/los nombre(s) y apellido(s) de la persona que completa el formulario de aviso de enfermedad.

Cargo: especifique el cargo de la persona que llena el aviso de enfermedad.

Fecha de reporte de la enfermedad: especifique el día, mes, año y hora en que se realiza el reporte de la enfermedad.

Hora: coloque la hora en que se realiza el reporte de la enfermedad.

Firma y sello: coloque la firma de quien realiza el reporte y el sello de la empresa.