

Cuestionario de actividades radiaciones ionizantes (accidentes personales)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Datos generales del solicitante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____

1. Nombre de la empresa donde laboras: _____

2. Domicilio: _____

3. ¿Cuál es tu función? _____

4. Lugar de trabajo: _____

5. Frecuencia y duración de los trabajos _____

6. ¿Trabajas con sustancias radioactivas? Sí No

7. ¿Desde cuándo trabajas con sustancias radioactivas? _____

8. ¿A qué categoría de radio-isótopo estás expuesto? _____

9. Patrimonio de aceptabilidad de dosis

Adjunta una copia de tu ficha de irradiación anual.

¿Has tenido una irradiación accidental? Sí No ¿Cuándo? _____

(adjunta la ficha del año correspondiente)

10. Contaminación

¿Se te ha encontrado no apto para el trabajo? Sí No

¿Cuándo? _____

¿Diagnóstico? _____

Duración de la interrupción: _____

Fecha del regreso al trabajo: _____

Fecha y resultado de los exámenes de control: _____

El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Firma del solicitante

Fecha