



# EVALUACION CAMBIO DE TAREAS

Provincia de Corrientes,

Sr/a.  Legajo N°

Empleado:

Domicilio:  | Teléfono:

DNI N°  CUIL

TAREAS QUE REALIZA o REALIZABA AL MOMENTO:

## ANTECEDENTES DE LA AFECCIÓN

Breve relato de la afección:

## ESTADO ACTUAL

Refiere:

Presenta:

## CONSIDERACIONES MEDICO LABORALES

Dadas las características de la afección que padece el empleado/a de referencia se efectúan las siguientes consideraciones respecto a sus capacidades y aptitudes laborales:

GUIA BASICA DE TAREAS	¿Se encuentra en condiciones?	
	SI	NO
Realizar tareas como docente al frente de un aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas docentes como auxiliar o administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acomodar utensilios, elementos de trabajo y/o bajilla la a la altura de la mesa. (poner y sacar la mesa incluido manteles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar controles de supervisión: Llenar planillas, efectuar controles de entrada y salida, así como toda otra tarea administrativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar y descargar peso menor de 10 kg en una altura por debajo de los hombros y por encima de la cintura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar y descargar peso mayor de 10 kg en una altura por debajo de los hombros y por encima de la cintura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar escaleras en forma permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## EVALUACION CAMBIO DE TAREAS

Permanecer mucho tiempo en posición de pie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas de limpieza con detergentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas que requieran movimientos repetitivos de miembros superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas que requieran movimientos repetitivos de miembros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasar el trapo de piso. Limpiar vidrios y paredes etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar esfuerzos que requieran movimientos de las muñecas, hombros y rodillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar y descargar peso desde el suelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar herramientas livianas (martillo, tijeras, pinza, serrucho, destornillador etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar herramientas pesadas (motosierra, amoladora, taladro, mezcladora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar todo tipo de soldaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar maquinarias como elevadores, zamping, grúas etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas como sereno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir vehículos (tareas de chofer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portar y manejar armas de fuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectuar tareas de ordenanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas como telefonista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas como cajero o tesorero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras tareas no consignadas en el presente formulario:		

### CONCLUSIONES

Periodo desde                      hasta

De acuerdo a lo expuesto el empleado/a de referencia se encuentra en condiciones de realizar las tareas señaladas como SI en el recuadro correspondiente.

---



---