



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD COMO AUTONOMO DESPUES DEL DAÑO A SU SALUD

7. ¿Cuál es su horario de trabajo **después del daño a su salud**?

por día

por semana

8. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales **desde el daño a su salud**?

|

Por favor adjunte los documentos de la imposición fiscal de los tres últimos años después del daño a su salud

9. Preguntas consecutivas a su problema de salud :

a) ¿Tiene que hacer trabajos más livianos en relación a los que hacía antes?

sí

no

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

|

¿Desde cuándo?

|

b) ¿Otras empresas tuvieron que hacer los trabajos que usted hacía antes?

sí

non

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

|

Costes adicionales

|

c) ¿Tuvo que contratar personal adicional?



sí, ¿cuántas personas? _____ no

¿Por qué período?

Desde el... (día, mes, año)

Hasta el... (día, mes, año)

--	--

¿Cuántas horas por semana?

--

Salario

Cargas sociales

--	--

d) En el caso de haber contratado personal adicional, ¿fue éste personal que tuvo que hacer ciertos trabajos que usted hacía antes?

sí no

En la afirmativa, ¿cuáles trabajos?

--

10. Interrupciones del trabajo por razones de salud. Indicar los periodos y también si las interrupciones fueron parciales o totales (fecha del inicio y del fin de la interrupción)

--

Por favor adjunte un documento oficial que ateste lo que precede

11. ¿Paró definitivamente su actividad ?

sí no

En la afirmativa, ¿en qué fecha? (día, mes, año)

--

Por favor adjunte un atestado de cesación de su actividad como autónomo o un atestado de exclusión del registro de comercio



12. ¿Recibe una renta de invalidez de la seguridad social de su país de domicilio?

sí no

En la afirmativa, ¿desde cuándo ?

Por favor adjunte una copia de la decisión

13. Observaciones

El / la abajo firmante declara haber respondido de forma completa y verídica a las preguntas expuestas más arriba.

Lugar y fecha :

Firma :



14. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS : DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REMUNERADA

Las informaciones que usted nos da en este cuestionario son muy importantes, pues permiten a nuestro servicio médico de analizar su situación lo mejor posible.

Le pedimos de responder a las preguntas que siguen de manera la más exacta y completa posible.

¿Cuáles son las tareas que tiene que hacer? ¿Con qué frecuencia deben hacerse? (horas por día)

hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h por día
----------------------	----------------------	--------------------------------

¿Cuáles son las exigencias en el trabajo? ¿Cuál es la frecuencia de estas exigencias? (horas por día)

hasta ½ h por día	de ½ a 3h por día	mas de 3 y hasta 5h por día
----------------------	----------------------	--------------------------------

Exigencias físicas por día

quedarse sentado
caminar
quedarse de pie
levantar o transportar cargas (1 a 10 kg)
levantar o transportar cargas (10 a 25 kg)
levantar o transportar cargas (más de 25 kg)
otras exigencias físicas

Exigencias cotidianas :

Intelectuales/mentales	grande	media	poca
concentración			
resistencia			
cuidado, esmero			
interpretación			
otras exigencias intelectuales/mentales			



Otras exigencias :

Indicar aquí otras informaciones que puedan ayudarnos a obtener una imagen realista de su actividad.

Empty box for providing additional information.