|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento de Labor e Industrias  Códigos de facturación del médico para la revisión del Análisis del trabajo y la Descripción del trabajo:  **1038M**: límite de uno por día  **1028M**: cada revisión adicional | **state seal** | **Formulario de descripción de trabajo del empleador** |
| Puesto de la lesión  Modificado permanentemente  Ligero o de transición |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del trabajador: |  | Número de reclamo: |  |
| Nombre de la empresa: |  | Puesto: |  |
| Número de teléfono: |  | Número de fax: |  |
| Horas por día: |  | Días por semana: |  |

|  |
| --- |
| **Tareas esenciales del puesto:** |
| **Maquinaria, herramientas, equipo y equipo de protección personal:** |

**Pautas de frecuencia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N:** nunca (en absoluto) | **R:** rara vez (del 1 al 10 % del tiempo) | | **O:** ocasional (del 11 al 33 % del tiempo) | |
| **F:** frecuente (del 34 al 66 % del tiempo) | | **C:** constante (del 67 al 100 % del tiempo) | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Requisitos físicos:** | | | | | | **Frecuencia:** | **Descripción de la tarea:** |
| Sentarse | | | | | |  |  |
| Pararse | | | | | |  |  |
| Caminar | | | | | |  |  |
| Alturas, escalones o escaleras | | | | | |  |  |
| Girar la cintura | | | | | |  |  |
| Flexionar o encorvarse | | | | | |  |  |
| Agacharse o arrodillarse | | | | | |  |  |
| Arrastrarse | | | | | |  |  |
| Estirarse | | | | | |  |  |
| Hablar, escuchar o ver | | | **I** | **D** | **A** |  |  |
| Trabajo arriba de los hombros | | |  |  |  |  |  |
| Manipular o agarrar | | |  |  |  |  |  |
| Manipulación delicada con los dedos | | |  |  |  |  |  |
| Controles con los pies | | |  |  |  |  |  |
| Conducir | | |  |  |  |  |  |
| Movimiento repetitivo | | |  |  |  |  |  |
| Tareas vibratorias | A | B |  |  |  |  |  |
| Levantar (     ) libras | | |  |  |  |  |  |
| Cargar (     ) libras | | |  |  |  |  |  |
| Empujar o jalar (     ) libras | | |  |  |  |  |  |
| Comentarios/otros: | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre del empleador (escriba con letra imprenta) |  | Puesto |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del empleador |  | Fecha |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **For Healthcare Providers’ Use Only** | | | | | | | |
| Approval  Yes  No  Approved with Modifications | | | Hours per Day: | Days per Week: | | | Effective Date: |
| If no, please list the objective medical finding: | | | | | | | |
| If approved with modifications, describe the modifications needed: | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |
| Healthcare Provider Printed Name |  | Healthcare Provider’s Signature | | |  | Date | |