|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento de Labor e IndustriasCódigos 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 |