

SSD-014

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN MÉDICA

Facilite la comunicación y atención oportuna de emergencias. Proteja la información confidencial y mantenga los registros actualizados.

2 Información del Proyecto		Núm. de Formulario / Registro	
Proyecto / Ubicación del Sitio		Fecha del Formulario / Actualización	
1 Información de la Empresa		Turno de Trabajo del Empleado	☐ Día ☐ Noche ☐ Otro: _____
5 Puesto		6 Fecha de Contratación	
3 Información del Empleado		21 Verificación del Supervisor	

1-6 Información de la Empresa, Proyecto y Empleado Complete los campos de identificación requeridos; los campos médicos opcionales pueden dejarse en blanco.

7 Contacto Principal de Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico / notas: _____	8 Contacto Secundario de Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico / notas: _____ Prioridad / disponibilidad del contacto: _____ ☐ Otro: _____
---	--

7-8 Contactos de Emergencia Proporcione contactos vigentes autorizados para ser notificados en una emergencia.

INFORMACIÓN	9 Dirección Particular	10 Tipo de Sangre (Opcional)	11 Alergias (Opcional)	12 Condiciones Médicas (Opcional)	13 Medicamentos Actuales (Opcional)
CONTACTO DE ATENCIÓN	14 Médico de Atención Primaria	15 Hospital Preferido	16 Seguro Médico	17 Información de Reclamación	Notas de Emergencia

Prioridad de contacto: **PRINCIPAL SECUNDARIO ALTERNO SE REQUIERE ACTUALIZACIÓN**

Regla de privacidad: Recopile solo la información autorizada y necesaria para fines legítimos de emergencia, beneficios o reclamaciones. Limite el acceso, almacene de forma segura y cumpla los requisitos aplicables de privacidad, conservación y divulgación.

9-16 Información Médica y de Atención

Las divulgaciones médicas opcionales deben limitarse a información pertinente para la respuesta de emergencia.

#	ELEMENTO	INFORMACIÓN / DETALLES	INSTRUCCIONES / NOTAS DE EMERGENCIA	OPCIONAL	ACTUALIZADO	VERIFICADO POR
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Opcional significa que el empleado puede dejar el campo en blanco, salvo que se aplique otro requisito legal.

Recordatorio de información: Revise que los datos sean precisos, identifique toda necesidad de comunicación o acceso, actualice los cambios de inmediato y evite colocar datos médicos confidenciales en archivos de acceso general o publicar este formulario.

17-18 Información de Seguro y Reclamación

9-13 Información Personal y Médica	14-16 Médico, Hospital y Seguro
9 Dirección Particular: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____	14 Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono del médico: _____
10 Tipo de Sangre (Opcional): _____	15 Hospital Preferido: _____
11 Alergias (Opcional): _____	Dirección / teléfono del hospital: _____
Reacción / respuesta de emergencia: _____	16 Información del Seguro Médico (Opcional)
12 Condiciones Médicas (Opcional): _____	Aseguradora / plan: _____
Consideraciones de emergencia: _____	ID de miembro / póliza: _____
13 Medicamentos Actuales (Opcional): _____	Núm. de grupo: _____
Dosis / horario (Opcional): _____	Teléfono del seguro: _____
Necesidades de comunicación / accesibilidad: _____	Copia de tarjeta proporcionada: ☐ Sí ☐ No
Notas adicionales de emergencia: _____	Contacto de beneficios: _____
Última actualización: _____	Otro: _____
☐ Otro: _____	☐ Otro: _____

19 Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia

Servicios de Emergencia / Contacto del Sitio		15 Hospital Preferido	
Punto de Reunión / Recogida de Emergencia		Dirección / Coordenadas del Proyecto	
19 Autorización de Tratamiento de Emergencia	☐ Autorizado ☐ Limitado / instrucciones adjuntas	Instrucciones Especiales de Emergencia	Detalles: _____
Ubicación de Primeros Auxilios / DEA		Método de Notificación de Emergencia	☐ Radio ☐ Teléfono ☐ Verbal ☐ Otro: _____

20 Acuse de Recibo del Empleado

☐ Información del empleado revisada	☐ Contactos de emergencia revisados	☐ Campos médicos opcionales identificados	☐ Autorización de tratamiento seleccionada
☐ Aviso de privacidad revisado	☐ Preguntas del empleado respondidas	☐ Actualizaciones / anexos recibidos	☐ Otro: _____

Aviso de Confidencialidad y Actualización

Actualice este formulario cuando cambien los contactos de emergencia, dirección, médico, hospital preferido, seguro, medicamentos, alergias o información médica

pertinente. Presente las actualizaciones mediante el proceso confidencial designado. No envíe por correo electrónico, publique ni deje formularios completados donde puedan verlos personas no autorizadas.

Núm. de Actualización de RR. HH. / Registro de Acceso		Fecha / Hora	
Actualización Administrativa / Divulgación Autorizada		RR. HH. / Custodio Autorizado	

20-22 Acuse de Recibo y Verificación Las firmas confirman la revisión, no una renuncia a los derechos del empleado.

ACUSE DE RECIBO / VERIFICACIÓN	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA	FECHA
20 Acuse de Recibo del Empleado			
21 Verificación del Supervisor			
22 Solo para Uso de RR. HH.			
Revisión Autorizada de Privacidad / Beneficios			

Revisión Confidencial / Actualizaciones de RR. HH.: Registre únicamente el seguimiento administrativo autorizado.

Confirmando que la información que decidí proporcionar es precisa a mi leal saber y entender; comprendo que los campos opcionales pueden dejarse en blanco; autorizo el uso y divulgación solo según se permita para respuesta de emergencia, beneficios, reclamaciones u otros fines legales; y presentaré actualizaciones cuando cambie la información.

ACTUALIZACIÓN / USO AUTORIZADO	PERSONA AUTORIZADA	PROPÓSITO / REFERENCIA	FECHA / COMPLETADO

20 Acuse de Recibo del Empleado | 21 Verificación del Supervisor | 22 Uso de RR. HH. / Conservación del Registro

Revisión del Empleado	☐ Completo ☐ Actualización solicitada	Fecha / Hora	
Verificación del Supervisor	☐ Identidad / campos revisados ☐ Enviado a RR. HH.	22 Solo para Uso de RR. HH. / Notas Confidenciales	
22 Lugar / Plazo de Conservación		Registro Archivado / Custodio	