

FORMATO PARA LA DETERMINACION DEL GRADO DE EMBRIAGUEZ

Nombre Completo: _____

C.C: _____

Edad: _____

Empresa: _____

Cargo: _____

Fecha de elaboracion del Test

Dia

Mes

Año

Escolaridad:

Primaria

Bachillerato

Completo

Incompleto

Tecnico

Tecnologo

Universitari

Postgrado

A. Informacion General de la realizacion del test

1. accidente de Trabajo

2. Rutinario

3. Aleatorio

B Informacion de Ingreso a la Empresa

1. Menos de 3 Meses

2. de 3 a 6 Meses

3. de 3 meses a 6 Meses

4. de 6 Meses a 1 Año

5. de 1 año a 5 Años

6. de 5 años y mas

C. Conoce la politica de No alcohol No drogas y Antitabaco de la Empresa.

1. SI

2. No

D. Conoce el reglamento Interno de trabajo en la clausula de No alcohol No drogas y Anti tabaco de la Empresa.

1. SI

2. No

E. Ha visto publicada y ha leído la politica y el reglamento citado anteriormente?

1. SI

2. No

F. Turno de Trabajo que tiene actualmente

1. Primer Turno (6 Am -2 Pm)

2. Segundo Turno (2 Pm -10 Pm)

3. Tercer Turno (10 Pm -6 Am)

4. Turno Ordinario

G. Ha usted ingerido bebidas alcoholicas en las 24 horas antes de este test?

1. SI

2. No

H. Verificacion fisico-visual

Estado de Conciencia		Incoordinacion Motora		Disartria		Nistagmus Corporal		Aliento Alcoholico	
Alerta	<input type="checkbox"/>	No Hay	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Negativo		Negativo	<input type="checkbox"/>
Somnoliento	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Discreta	<input type="checkbox"/>	Discreto		Discreto	<input type="checkbox"/>
Confuso	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Evidente	<input type="checkbox"/>	Evidente		Evidente	<input type="checkbox"/>
Estuporoso	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>					Dudoso	<input type="checkbox"/>
Comatoso	<input type="checkbox"/>							Otro	<input type="checkbox"/>
Convergencia Ocular		Rubicundez Facial		Pupila		Congestion Conjuntival		Otros Hallazgos	
Normal	<input type="checkbox"/>	Si hay	<input type="checkbox"/>	Miosis	<input type="checkbox"/>	Si Hay	<input type="checkbox"/>		
Alterada	<input type="checkbox"/>	No Hay	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	No Hay	<input type="checkbox"/>		
		Dudoso	<input type="checkbox"/>	Dudosa	<input type="checkbox"/>				

H. Diagnostico

Registro el Alcoholimetro(Marca -Serie) _____

Tipo de Prueba Efectuada Saliva

Valor que registro el Alcoholimetro _____

Fecha de Calibracion Dia Mes Año

Grado de Clasificacion de Embriaguez

- 1. Grado Uno
- 2. Grado Dos
- 2. Grado Tres
- 2. Grado Cuatro

I Testigos

Nombre Completo: _____ C.C _____

Nombre Completo: _____ C.C _____

Persona quien realiza la Prueba

Nombre Completo: _____ C.C _____