



ADAPTyAR
adaptación de
puestos de trabajo
y ajustes razonables



FORMULARIOS

A1. Análisis del trabajo

1. DATOS GENERALES DEL TRABAJO

Datos de contacto

CÓDIGO DEL TRABAJO _____

Datos del puesto de trabajo

Nombre del puesto _____

Descripción del puesto

Tareas principales:

(Describir las principales tareas que se realizan en el puesto, incluyendo el tiempo necesario para realizarlas y el equipamiento requerido)

2. COMPETENCIAS Y REQUISITOS EXIGIDOS

Marcar los requisitos que se exigen para desempeñar las tareas.

	Observaciones
<input type="checkbox"/> Formación reglada	
<input type="checkbox"/> Idiomas	
<input type="checkbox"/> Formación complementaria	
<input type="checkbox"/> Carnet de conducir / coche	
<input type="checkbox"/> Experiencia previa	
<input type="checkbox"/> Disponibilidad	

3. DEMANDAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Marcar si en el puesto se requiere realizar alguna de las siguientes demandas. Especificar y detallar en las observaciones.

	Observaciones
Postura de trabajo <input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Otras	
<input type="checkbox"/> Desplazamiento	
<input type="checkbox"/> Fuerza/Esfuerzo físico	
<input type="checkbox"/> Movilidad / destreza de miembros superiores	
<input type="checkbox"/> Movilidad en cuello / tronco	
<input type="checkbox"/> Movilidad de los miembros inferiores.	
<input type="checkbox"/> Visión	
<input type="checkbox"/> Audición	
<input type="checkbox"/> Hablar/Expresión oral	
<input type="checkbox"/> Comprensión verbal	
<input type="checkbox"/> Leer	
<input type="checkbox"/> Escribir	
<input type="checkbox"/> Aprendizaje/razonamiento	
<input type="checkbox"/> Conocimiento numérico	
<input type="checkbox"/> Autonomía / Iniciativa	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad	
<input type="checkbox"/> Relaciones interpersonales	
<input type="checkbox"/> Atención / concentración	
<input type="checkbox"/> Variedad de situaciones / Adaptabilidad	

4. ENTORNO DE TRABAJO

Marcar si existe alguna de las siguientes condiciones en el puesto de trabajo. Especificar y detallar en las observaciones.

Entorno ambiental	
<input type="checkbox"/> Iluminación desfavorable	
<input type="checkbox"/> Temperatura / humedad	
<input type="checkbox"/> Ruido / vibraciones	
Salud y seguridad	
<input type="checkbox"/> Riesgos de seguridad (maquinaria, mecánico, caídas, golpes, choques,...)	
<input type="checkbox"/> Contaminantes e higiene	
<input type="checkbox"/> Uso de EPIs	
Ergonomía	
<input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas	
<input type="checkbox"/> Posturas forzadas	
<input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos	
Factores psicosociales y organizativos	
<input type="checkbox"/> Horarios / turnos específicos	
<input type="checkbox"/> Ritmo impuesto / apremio	
<input type="checkbox"/> Trabajo exterior / desplazamientos / viajes	
Barreras arquitectónicas: acceso y circulación por el centro de trabajo	
<input type="checkbox"/> Problemas de acceso al centro de trabajo (aparcamiento / entrada)	
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación por el centro de trabajo (ascensores / rampas / pasillos / puertas)	
<input type="checkbox"/> Problemas en el uso de estancias y servicios comunes (aseos / salas de reuniones / zonas de descanso)	
Otros aspectos a considerar	
<input type="checkbox"/> Desplazamiento al centro Dificultad para llegar hasta el centro de trabajo (lejos de centro urbano, carencia de transporte público adecuado, etc.).	
<input type="checkbox"/> Mobiliario Mobiliario existente en el puesto de trabajo (que pueda resultar un obstáculo para el trabajador, difícil de usar, poco accesible, etc).	
<input type="checkbox"/> Maquinaria y equipamiento Maquinaria y equipamiento existente en el puesto de trabajo (que pueda resultar un obstáculo para el trabajador, difícil de usar, poco accesible, etc.).	
Otros problemas o condiciones / observaciones	

A2. Análisis de la persona

1. DATOS GENERALES DE LA PERSONA

CÓDIGO DE LA PERSONA _____

Sexo _____

% Discapacidad _____

Deficiencias

(Indicar las deficiencias de la persona, según conste en el Dictamen Técnico Facultativo o en el Certificado de Minusvalía)

A.
B.
C.
D.

Productos de Apoyo personales

(Indicar si la persona usa, de manera habitual, alguno de los siguientes productos de apoyo personales).

- Ortesis / prótesis de miembros superiores
- Ortesis / prótesis de miembros inferiores
- Ortesis de cuello / tronco
- Ayudas para caminar
- Silla de ruedas
- Productos de apoyo a la visión
- Productos de apoyo a la audición
- Productos de apoyo al habla

OBSERVACIONES

2. COMPETENCIAS	
Marcar las habilidades de las que dispone la persona y especificar.	
	Observaciones
<input type="checkbox"/> Formación reglada	
<input type="checkbox"/> Idiomas	
<input type="checkbox"/> Formación complementaria	
<input type="checkbox"/> Carnet de conducir / coche	
<input type="checkbox"/> Experiencia previa	
<input type="checkbox"/> Disponibilidad	
3. CAPACIDADES	
Marcar si la persona tiene capacidad limitada o ausente en alguno de los siguientes ítems. Especificar y detallar en las observaciones.	
	Observaciones
Postura de trabajo	
<input type="checkbox"/> De pie	
<input type="checkbox"/> Sentado	
<input type="checkbox"/> Otras	
<input type="checkbox"/> Desplazamiento	
<input type="checkbox"/> Fuerza/Esfuerzo físico	
<input type="checkbox"/> Movilidad / destreza de miembros superiores	
<input type="checkbox"/> Movilidad en cuello / tronco	
<input type="checkbox"/> Movilidad de los miembros inferiores.	
<input type="checkbox"/> Visión	
<input type="checkbox"/> Audición	
<input type="checkbox"/> Hablar/Expresión oral	
<input type="checkbox"/> Comprensión verbal	
<input type="checkbox"/> Leer	
<input type="checkbox"/> Escribir	
<input type="checkbox"/> Aprendizaje/razonamiento	
<input type="checkbox"/> Conocimiento numérico	
<input type="checkbox"/> Autonomía / Iniciativa	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad	
<input type="checkbox"/> Relaciones interpersonales	
<input type="checkbox"/> Atención / concentración	
<input type="checkbox"/> Variedad de situaciones / Adaptabilidad	

4. SENSIBILIDAD A LAS CONDICIONES DEL ENTORNO

Marcar las alteraciones que padece la persona y que pueden causar especial sensibilidad a las condiciones de trabajo. Especificar y detallar en las observaciones.

	Observaciones
<input type="checkbox"/> Motóricas (equilibrio, coordinación) Perdidas de equilibrio (Mareos, Desmayos, Vértigo, Incoordinación Motora...)	
<input type="checkbox"/> Motoricas (temporal y dolor) Lumbago, brotes de Esclerosis Múltiple,...	
<input type="checkbox"/> Motóricas (movilidad general) Usuario de silla de ruedas, dificultades para caminar	
<input type="checkbox"/> Otras Motóricas Fracturas (propensión), trastornos neuromusculares degenerativos,...	
<input type="checkbox"/> Cardiovasculares Hemorragias, infarto de Miocardio, Cerebral,...	
<input type="checkbox"/> Circulación Periférica Inflamaciones, varices, trombos,...	
<input type="checkbox"/> Sistema Inmunológico Contagio para sí o para otros	
<input type="checkbox"/> Sistema Respiratorio Insuficiencias respiratorias (asma, alergias,...)	
<input type="checkbox"/> Sistema Digestivo Úlceras Gastroduodenales, Colitis,...	
<input type="checkbox"/> Sistema Genitourinario Incontinencia, Insuficiencia Renal (hemodiálisis)...	
<input type="checkbox"/> Piel Alergias, Sensibilidad, Fotosensibilidad,...	
<input type="checkbox"/> Consciencia Pérdidas de consciencia, Ausencias, Crisis (Epilepsia, Comas Diabéticos, Lipotimias, Síncopes,...)	
<input type="checkbox"/> Temperamento/Personalidad Inestabilidad psíquica/emocional	
<input type="checkbox"/> Energía y Control de Impulsos Control de Impulsos y Ansia (por sustancias que pueden provocar dependencia)	
<input type="checkbox"/> Sueño Insomnio, Hipersomnio, Narcolepsia,...	
<input type="checkbox"/> Atención Falta de concentración (tendencia a estar distraído)	
<input type="checkbox"/> Memoria Lapsus en memoria (inmediata, reciente, remota),...	
<input type="checkbox"/> Fobias Claustrofobia, Agorafobia, Acrofobia, Manías,...	
<input type="checkbox"/> Visión Sensibilidad a la luz, Fotofobias (aversión a la luz o a la oscuridad), Pérdida de visión,...	
<input type="checkbox"/> Audición Sensibilidad al ruido, Pérdida de audición,...	
<input type="checkbox"/> Lenguaje, Voz y Habla Afonía, Disfonía, Ronquera, Carraspera, Disatría, Tartamudeo,...	