Nombre del Paciente:

Fecha de Nascimento: / / Edad:

Identificación Función/Sector

Doctor Coordinador del Programa:

Doctor a Cargo del Examen:

IDENT MÉDICA

IDENT MÉDICA

# TIPO DE EXAMEN

Admisión Periódico Demisión

Retorno al Trabajo Cambio de Función

# RIESCOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Fisicos** | **B) Quimicos** | **C) Biologic** | **D) Ergonómicos** | **E) Otros** |
| Calor | Humos metálicos | Bacterias | Esfuerzo físico intenso |  |
| Frio | Gases | Hongos | Levantamiento de pesas |
| Radiación iónica. | Hidrocarburos | Parásitos | Movimiento repetitivo |
| Radiación no iónica. | Nieblas | Protozoos | Postura inadecuada |
| Ruidos | Polvo mineral | Virus | Trabajo por turnos |
| Humedad | Disolventes |  |  |
| Vibraciones | Vapores orgánicos |  |  |
|  | Humos de plástico |  |  |
|  |  |  |  |
| Non existen riesgos específicos para la función realizada | | | | |

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

Agudeza Visual Anamnesis Audiometría

Electrocardiograma Electroencefalograma Espirometría

Glucosa Sangre Rayo X (pecho)

PA mmhG Parasitológico

Urina

Observaciones cuanto a los exámenes realizados:

# CONCLUSIÓN FINAL

Para cumplir con todos los requisitos relacionados con la Ley de SSO que se aplican al empleado mencionado en este documento, **Declaro** que es:

## APTO PARA LA FUNCIÓN

APTO CON RESTRICIÓN PARA:

APTO CLINICAMENTE, aguardando resultado de exámenes complementarios INAPTO PARA LA FUNCIÓN

INAPTO TEMPORARIAMENTE, conforme evaluación de expertos:

Observaciones: Local Fecha / /

Médico del Trabajo Paciente