

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL PCIA DE Bs As
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

ITEM 1 DOCUMENTO →

--	--	--	--	--	--	--	--

(COMPLETAR DATOS PERSONALES LEGIBLE Y SIN ABREVIAR)

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____ ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NIVEL DE EDUCACION: UNIV _____ TERC _____ SEC _____ PRIM _____

DOMICILIO: _____ N°: _____ LOCALIDAD: _____

MAIL: _____ TELEFONO: (____) _____

MINISTERIO: _____ DEPENDENCIA: _____

CARGO: _____ DISTRITO _____

ITEM 2 (SOLO LLENAN LOS PROFESIONALES)

EXAMEN CLINICO: ESTADO ACTUAL (N - NORMAL O – OBSERVADO NE – NO EXAMINADO)

	N	O	NE		N	O	NE
1 .Cabeza				9. Abdomen			
2.Cuello				10. Hernias-Eventraciones			
3.torax				11. Urogenitales			
4.pulmones				12. Columna			
5.Glandulas Mamarias				13. Extremidades			
6.Corazon				14. Sistema Nervioso			
7.Examen Vascular Perif				15. Marcha y Postura			
8. Tension Arterial							

Describir en forma explícita y concreta toda anomalía (precediendo al comentario el N° de ítem)

Clínica Medica:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Oftalmología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

fonoaudiología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Psicología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Odontología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Radiología:

Tele de Torax: _____

Panorámica de Columna: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Declaración Jurada: Declaro bajo Juramento NO ESTAR en uso de ningún tipo de LICENCIA ni por enfermedad, ni tener conocimiento de padecer afección alguna

Fecha: ____/____/____

Firma del Agente

Observaciones:

Fecha ____/____/____

Sello Hospital

Firma y Sello Medico

ADJUNTAR INFORME DE: DECLARACION JURADA, PLACA RX, LABORATORIO, PSICOLOGO Y ELECTROCARDIOGRAMA