

ESTUDIO FUNCIONAL ESPIROMETRIA

Fecha: ____/____/____

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social: Agricultores S.A

DATOS DE LA TRABAJADOR

Apellido y nombre: Marcos Gottchalk

CUIL-DNI: 22-2132131-11

Peso: _____

Oximetría: _____

Frecuencia Cardíaca: _____x'

Fecha Nacimiento: 11/05/1982

Edad: 39

Altura: _____

Satura al _____%

DECLARACION JURADA

Fumador: SI ☐ NO ☐ EXFUMADOR ☐ Cantidad: _____

Antecedentes: SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

Usa Broncodilatador SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

Problemas para realizar el estudio: SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

Actualmente Problemas Respiratorios SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

Utiliza elementos de protección respiratoria SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO

PROTECCIÓN "CENTRO MÉDICO LABORAL"
Av. San Martín 1400, Esquina Rivadavia - Puerto Rico Misiones - CP 3334
Tel. (03743) 476272
E-mail: info@protexionpr.com.ar; gerencia@protexionpr.com.ar