INFORME MÉDICO



NOMBRE: TORRES TORRES EVELYN BRIGGITE EDAD: 35 años SEXO: **FEMENINO**

DNI: 42161002 TELÉFONO:

CIA MINERA COIMOLACHE SA SAN ISIDRO EMPRESA: SEDE:

M. EVALUADOR: SAN LORENZO CLINICA OCUPACIÓN: octubre 09, FECHA:

2018

A continuación le informamos los resultados de su evaluación médica:

Antecedentes Peronales:

Actividad física:

Consumo de Tabaco: NADA,

Consumo de Licor: HABITUAL, REU

Consumo de Drogas:

MENARQUIA: NO REFIERE ,FUM: NO REFIERE ,RÉGIMEN CATAMENIAL: NO REFIERE ,GESTACIÓN Y PARIDAD: ,MAC: ,CIRUGÍA GINECOLÓGICA: NO REFIERE Antecedentes Ginecológicos:

Antecedentes Patológicos:

EMEED MED AD	FECHA INICIO	DEM.III.
ENFERMEDAD	FECHA INICIO	DETALLE

Sintomatología Actual:

Antecedentes Familiares:

1	NO REFIERE ANTECEDENTES / PADRE,
2	NO REFIERE ANTECEDENTES / MADRE,
3	NO REFIERE ANTECEDENTES / ESPOSO(A),
4	NO REFIERE ANTECEDENTES / HIJOS,

CANCER HEPÁTICO / HERMANOS, 1234567890

Antecedentes Ocupacionales:

EMPRESA	ÁREA	OCUPACIÓN		FECHA	EXPOSICIÓN	TIEMPO DE TRABAJO	EPP
orpop)	ADMINISTRATIVO	ADMINISTRADOR A	FECHA INICIO:	03/2017	DOOTI IDA FORTADA	1.7.4. 0()	NO HOÓ EDD
SERPRI ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO		FECHA FIN:	09/2018	POSTURA FORZADA	1 año(s), 6 mes(es)	NO USÓ EPP

Examen Clínico:

Examen Físico:

Piel y Anexos:

Sistema Linfático:

Ojos:

Oidos:

Nariz:

Boca:

Cuello:

Tórax y Pulmones:

Cardiovascular:

Abdomen:

Ap Genitourinario:

Neurológico:

EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIÓN Examen

Físico:

Articulaciones Osteomusculares:

otras descripciones Osteomusculares:

Grupo sanguineo:

Hemograma: Hemograma sin alteración

Hemoglobina: g/dl Glucosa: 1.2 mg/dl **VDRL:** NO REACTIVO Orina: Orina sin alteración

Espirometría:

Rx Torax OIT: SIN NEUMOCONIOSIS

Hallazgos Importantes: En la presente evaluación médica se encontró lo siguiente:

DESCARTAR DISCROMATOPSIA

Aptitud: **OBSERVADO**

Recomendaciones: I/C CON OFTALMOLOGÍA

Ha sido muy garto ofrecerkes nuestors servicios y des ya ponemos a disposición nuestro staff médico y las instalaciones de nuestra institución. No dude en llamarnos para cualquier aclaración o consulta complementaria al 6196161 anexo 5134:

FIRMA EVALUADOR	
Sin Firma	