	HOJA DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES MÉDICO OCUPACIONALES	Código:	SGL-F-21-04-08
		Versión:	01
		Fecha:	16/04/2015
		Página 1 de 1	

Nombre y Apellidos: _____

Puesto de Trabajo: _____ Edad: _____

Tipo de EMO: _____ Aptitud: _____

Fecha de Prox. Cita _____ Centro Médico: _____

DIAGNÓSTICOS:

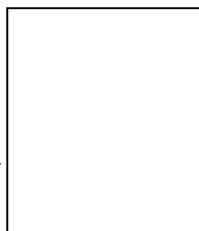
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

El trabajador o candidato firma la presente como conformidad de habersele entregado, explicado y entendido el contenido de su Informe Médico, como son los diagnósticos, observaciones y recomendaciones.

Firma y Huella Digital del Trabajador



Firma del Médico de la Empresa