

FECHA Y CIUDAD DE EXPEDICION DEL EXAMEN :

TIPO DE EXAMEN :

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

INFORMACION OCUPACIONAL / CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Segun informacion del aspirante y/o trabajador al Médico)

DESCRIPCION DE LAS FUNCIONES (Especificar en los casos que amerite Maquinaria, equipos, Herramientas y/o sustancias quimicas utilizadas)

ANTECEDENTES PERSONALES EN SALUD

REVISION POR SISTEMAS

EXAMEN FISICO