

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Función/Sector \_\_\_\_\_

Doctor Coordinador del Programa: \_\_\_\_\_ IDENT MÉDICA \_\_\_\_\_

Doctor a Cargo del Examen: \_\_\_\_\_ IDENT MÉDICA \_\_\_\_\_

### TIPO DE EXAMEN

- Admisión                       Periódico                       Demisión  
 Retorno al Trabajo            Cambio de Función

### RIESCOS

A) Físicos	B) Químicos	C) Biologic	D) Ergonómicos	E) Otros
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Humos metálicos	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Esfuerzo físico intenso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Levantamiento de pesas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiación iónica.	<input type="checkbox"/> Hidrocarburos	<input type="checkbox"/> Parásitos	<input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiación no iónica.	<input type="checkbox"/> Nieblas	<input type="checkbox"/> Protozoos	<input type="checkbox"/> Postura inadecuada	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ruidos	<input type="checkbox"/> Polvo mineral	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Trabajo por turnos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Humedad	<input type="checkbox"/> Disolventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Vapores orgánicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Humos de plástico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non existen riesgos específicos para la función realizada				

### PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

- Agudeza Visual            Electrocardiograma            Glucosa            PA \_\_\_\_\_ mmHg             
 Anamnesis            Electroencefalograma            Sangre            Parasitológico             
 Audiometría            Espirometría            Rayo X (pecho)            Urina

Observaciones cuanto a los exámenes realizados:

### CONCLUSIÓN FINAL

Para cumplir con todos los requisitos relacionados con la Ley de SSO que se aplican al empleado mencionado en este documento, **Declaro** que es:

- APTO PARA LA FUNCIÓN  
 APTO CON RESTRICIÓN PARA: \_\_\_\_\_  
 APTO CLINICAMENTE, aguardando resultado de exámenes complementarios  
 INAPTO PARA LA FUNCIÓN  
 INAPTO TEMPORARIAMENTE, conforme evaluación de expertos: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico del Trabajo

\_\_\_\_\_  
Paciente