|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE EXAMEN** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **INGRESO** |  |  |  | **PERIODICO** |  |  |  | **RETIRO** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ciudad y fecha: |  |  |  |  | Doctor(a): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección: Teléfono: |
| Favor practicar el examen (a) señor(a): |
| Identificado con la C.C.: |
| Cargo a Desempeñar: |
| Fecha de Ingreso: |
| **Datos Suministrados por el Responsable de SST** |
| Actividad a desempeñar: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Peso a manipular ≥ 25 Kg |  | 4. Espacio Confinado |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Peso a manipular ≤ 25 Kg |  | 5. Trabajo alturas \_\_ mts |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Material particulado |  | 6. Ruido |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Otros datos:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manipulación de Alimentos |  | Trabaja en computador |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOTA IMPORTANTE: SIN LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES QUE A CONTINUACIÓN SEÑALADOS CON UNA X POR FAVOR NO VALORAR AL PACIENTE, YA QUE SON REQUERIDOS PARA EL CARGO** |
| Audiometría |  |  |  | Ácido úrico |  |  |  | Grupo Sanguíneo |  |  |  |
| Espirometría |  |  |  | Serología |  |  |  | Cuadro Hemático |  |  |  |
| Oftalmología |  |  |  | Baciloscopia |  |  |  | FSP |  |  |  |
| Glicemia |  |  |  | GOT |  |  |  | Prueba de Esfuerzo |  |  |  |
| Colesterol |  |  |  | GPT |  |  |  | Electrocardiograma |  |  |  |
| Triglicéridos |  |  |  | Fosfatasa Alcalina |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Responsable de SST |  |  | Recibido (Trabajador) |  |