

ÁREA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO



EXAMEN PREOCUPACIONAL - REGISTRO DE ANTECEDENTES PERSONALES

La información que se consignará está avalada por el Secretario Médico

Apellido:.....Nombre:.....

Domicilio:.....

Edad:.....Peso:.....Talla:.....Fecha de Nac:...../...../.....

L.E./L.C./D.N.I:.....

Repartición:.....Cargo:.....

Lugar y Fecha:.....

EXAMEN A. P. CARDIOVASCULAR Y VASCULAR PERIFÉRICO Y E.C.G. (con informe)

.....

.....

.....

Firma y Sello del Especialista

EXAMEN A. RESPIRATORIO (Neumonología)

Ex. de Tórax (con informe).....

.....

.....

Firma y Sello del Especialista

EXAMEN A. P. DIGESTIVO

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Especialista

EXAMEN A. P. UROGENITAL

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN PSIQUIÁTRICO Y PSICODIAGNÓSTICO

.....
.
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

.....
Firma y Sello del Medico Profesional

EXÁMEN NEUROLÓGICO

.....
.
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN DERMATOLÓGICO

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN TRAUMATOLÓGICO (Incluido Miembro Superior e Inferior).....

RX COLUMNNA CERVICAL, DORSAL, LUMBO, SACRA:(con informe).....

RX TÓRAX (Frente con Informe).....

.....
Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN OTORRINONARINGOLÓGICO

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

EXÁMEN BUCODENTAL

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Especialista

LABORATORIO

SERVICIO DE CHAGAS.....T.I.F. PARA CHAGAS.....

M.GUERREIRO.....

ERITRO:.....

HEMOGRAMA:.....

GLUCEMIA:.....

UREA:.....

CREATININA:.....

IONOGRAMA:.....

HEPATITIS B Y C:.....

T B C (Reacción de Mantux):.....

ARTRITEST:.....

ORINA COMPLETA:.....

WIDAL:.....

V.D.R.L:.....

HUDLESSON:.....

- Autoriza a Ud. que se le extraiga sangre para la realización del análisis del SIDA? SI - NO

- Sabe Ud. que puede contagiar si es portador del virus del SIDA, aun cuando aparentemente es sano y con análisis negativo para esta enfermedad? SI - NO

- Consiento expresamente que se me extraiga la cantidad adecuada de sangre y se me efectúen las pruebas necesarias para el diagnostico de anticuerpos del virus de la deficiencia humana (HIV) y para la deteccion de otras enfermedades infecciosas transmisibles por la sangre.

.....
Firma y D.N.I