



**Cendiatra**

SEDE

TELÉFONO

FECHA DE EXAMEN

## CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN

EMAIL

TIPO DE EXAMEN

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203

Teléfono: (57 1) 7443001

Web: [www.cendiatra.com](http://www.cendiatra.com)

Email: [cendiatra@cendiatra.com](mailto:cendiatra@cendiatra.com)

Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona

Industrial Montevideo

[citas.occidente2@cendiatra.com](mailto: citas.occidente2@cendiatra.com)

PREINGRESO

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                     |                                 |                   |                     |
|---------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | ANGIE TATIANA CASALLAS CASTILLO | Identificación CC | Nro 1030665382      |
| Fecha de Nacimiento | 1996-05-01                      | Edad              | 25                  |
| Sexo                | F                               |                   |                     |
| Empresa             | PARTICULAR/OCCIDENTE            |                   |                     |
| Cargo               | ENFERMERA                       |                   |                     |
| Fecha Ingreso       | 2021-06-11 11:42:58             | Fecha Salida      | 2021-06-11 11:47:37 |

### EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

#### CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

#### RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION OPTOMETRICA

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

SI

Observaciones:

PERIÓDICA, USO DE GAFAS DE ACUERDO A RECOMENDACIÓN DE OPTÓMETRA.

NO PRESENTA

OTRAS:

#### INGRESO\_PROGRAMA\_VIGILANCIA\_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

OTROS

SI

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

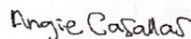
Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

  
LEONARDO MATIZ CHAVARRO  
RM: 80126408  
02.10.17.4.05

LEONARDO MATIZ CHAVARRO

RM: 80126408

Firma y sello del médico



ANGIE TATIANA CASALLAS CASTILLO

CC 1030665382

Firma del trabajador