



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirrección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

| | | | |
|-----------------|-----------------------|----------------|---|
| SEDE | CENDIATRA OCCIDENTE 2 | DIRECCIÓN | Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo |
| TELÉFONO | | EMAIL | citassoccidente2@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2022-01-05 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | DOLLY MARCELA MIRANDA LUGO | Identificación CC | Nro 1015403343 |
| Fecha de Nacimiento | 1988-02-05 | Edad | 33 |
| Sexo | F | | |
| Empresa | PARTICULAR/OCCIDENTE | | |
| Cargo | PSICOLOGA | | |
| Fecha Ingreso | 2022-01-05 10:45:12 | Fecha Salida | 2022-01-05 10:55:37 |

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

Observaciones:

REGIMEN NUTRICIONAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE

SI

Observaciones:

ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL

SI

Observaciones:

CONTINUAR TOMA DE MEDICAMENTOS Y CONTROLES PERIODICOS INDICADOS PRO ESPECIALIDAD MEDICA TRATANTE.

VALORACION OPTOMETRICA

OTRAS:

INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

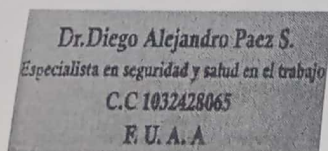
SI

OTROS

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.



DIEGO ALEJANDRO PAEZ SILVA
RM: 1032428065
Firma y sello del médico

DOLLY MARCELA MIRANDA LUGO
CC 1015403343
Firma del trabajador