



EXAMEN PSICOFÍSICO PRE-OCUPACIONAL

Institución Solicitante: _____

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____
Nacionalidad: _____
Domicilio: Calle _____
Localidad: _____

D.N.I. Nº _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nº: _____
Provincia: _____

EXAMEN MÉDICO

EXAMEN BUCODENTAL _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
EXAMEN CARDIOVASCULAR _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
EXAMEN OFTALMOLÓGICO	Firma y sello del Médico Especialista
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y COLUMNA _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
EXAMEN RESPIRATORIO (Neumonológico) _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
ANÁLISIS DE SANGRE (Hemograma, Dluemia, Uremia, Gravidez, V.D.R.) _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
ANÁLISIS DE ORINA COMPLETO _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista
PSICODIAGNÓSTICO _____ _____	Firma y sello del Médico Especialista

APTO
Fecha: ____ / ____ / ____
 INAPTO
 CAUSA: _____

Firma y Sello del Profesional Médico