



## SOLICITUD DE EXAMEN DE SALUD

Buenos Aires ..... de .....

Empresa: .....

Sucursal / Centro de Costos: .....

Empleado/a: .....

DNI.: .....

Puesto a ocupar: .....

### MARCAR LO QUE CORRESPONDA

#### Tipo de Examen:

- Preocupacional.....
- Periódico.....
- Preocupacional + Libreta Sanitaria.....  Vac. Hepatitis A  y B
- Libreta Sanitaria.....  Vac. Hepatitis A  y B
- Egreso.....
- Por ausencia prolongada.....
- Por cambio de tareas.....

#### Estudios Complementarios:

- Audiometría.....
- Electroencefalograma.....
- Rx. Columna Lumbar Frente y Perfil.....
- Espirometría.....
- Otros:.....

**Requisitos:** 1. Traer Documento de Identidad; 2. Ayuno de 8 horas y 2 horas de retención de orina, pues la muestra se toma en el Centro Médico; 3. Traer lentes de leer, en caso de utilizarlos. 4. Horario de atención de 7:30 hs. a 10:30 hs.

.....  
Firma y aclaración

