

# SOLICITUD DE EXAMEN DE SALUD

Rosario, ..... de ..... de .....

Sres.  
GESTION DE RIESGOS S.A.  
DORREGO 227  
2000- ROSARIO

Ref. Examen de Salud de:                   INGRESO / PERIODICO / EGRESO

Apellido y Nombre: .....

D.N.I. n°: .....                   Tareas que desempeña/rá: .....

Empresa: .....                   C.U.I.T.:.....

Domicilio: .....                   Teléfono: .....

Prácticas a realizar: (marque con una X las prácticas que solicite para el examen)

(las indicadas en negrita son las obligatorias establecidas por Resol. 43/97 de la S.R.T.)

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Exámen clínico con agudeza visual</b> | <input type="checkbox"/> | Reacción de Mantoux      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hemograma</b>                         | <input type="checkbox"/> | Huddleson                | <input type="checkbox"/> |
| <b>Eritrosedimentación</b>               | <input type="checkbox"/> | V.D.R.L. (sífilis)       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Uremia</b>                            | <input type="checkbox"/> | Grupo y Factor sanguíneo | <input type="checkbox"/> |
| <b>Glucemia</b>                          | <input type="checkbox"/> | Colesterolemia           | <input type="checkbox"/> |
| <b>Orina completa</b>                    | <input type="checkbox"/> | Audiometría Tonal        | <input type="checkbox"/> |
| <b>Reacción de Machado Guerreiro</b>     | <input type="checkbox"/> | Electroencefalograma     | <input type="checkbox"/> |
| <b>Radiografía de Tórax (frente)</b>     | <input type="checkbox"/> | Exámen Psico-laboral     | <input type="checkbox"/> |
| <b>Electrocardiograma</b>                | <input type="checkbox"/> | Evaluación Psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> |
| Radiografía de columna lumbosacra (F)    | <input type="checkbox"/> | Otros:                   | <input type="checkbox"/> |
| Radiografía de columna lumbosacra (P)    | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Radiografía de columna cervical (F)      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Radiografía de columna cervical (P)      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

El paciente debe presentarse en Gestión de Riesgos S.A. - Dorrego 227 - Rosario, en ayunas con **Documento de Identidad** y con la presente orden, de lunes a viernes de 07.30 a 10 hs.

Caso contrario no podremos realizar el examen.

.....  
Firma y sello responsable Empresa