

CHOFERES DE TRANSPORTE PÚBLICOS

Provincia de Santa Fe
**Dirección General de Higiene y Salud
del Trabajador**
División Libreta de Sanidad

Santa Fe, _____ de _____ de _____

Nombre y Apellido: _____ Nº Dcto.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Tel.: _____

SOLICITO LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

1-Análisis: VDRL _____ Hemograma completo _____ Eritrosedimentación _____

Fecha, Firma, Sello y Matrícula

2- Neurología: EEG – Informado _____

Fecha, Firma, Sello y Matrícula

3- Cardiología: ECG Más informe cardiológico _____

Fecha, Firma, Sello y Matrícula

4- Oftalmología: Agudeza Visual y V. Cromática _____

Fecha, Firma, Sello y Matrícula

5- Psiquiatría: Evaluación Psiquiátrica: Aptitud para conducir _____

Fecha, Firma, Sello y Matrícula

6- Presentar Plan de Vacunación: Hepatitis B – Doble Adulto SI/NO

(1). Si es Transporte Internacional al plan de vacunación anual agrega Vacuna Hepatitis A.

Todo estudio realizado debe estar debidamente sellado y firmado por el profesional actuante; Sírvese completar con el espacio de cada especialidad