

	<b>FICHA DE DESPISTAJE DE SALUD</b>				<b>Código:</b> OSF-SSOMA-FT-85
					<b>Versión:</b> 01
					<b>Fecha de Aprobación:</b> 03.02.2022
FECHA _____					
<b>1) DATOS PERSONALES</b>					
APELLIDOS Y NOMBRES: _____					
DNI: _____		EDAD: _____		CELULAR: _____	
<b>2) ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS</b>					
	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
ALERGIAS			CONVULSIONES		
DIABETES			TBC		
HTA			CANCER		
ASMA			ACCIDENTE/HOSPITALIZACION		
ALTERACION AGUDEZA VISUAL			COVID-19		
OBSERVACIONES (EMBARAZO, CIRUGIAS, MEDICACION U OTRA CONDICION): _____					
<b>5) EVALUACIÓN MÉDICA</b>					
P/A mmHg (Mayor de 45 años)	F.C Latidos x min	F.R. respiraciones x min	T°C	Sat O2%	
PESO: _____	TALLA: _____	IMC: _____	CALIFICACIÓN: _____		
EXAMEN FISICO: _____					
HALLAZGOS RELEVANTES _____					
DIAGNÓSTICO: _____					
<b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b>					
<i>Declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por OCEANO SEAFOOD S.A. en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que de acuerdo a las mismas impedirían mi ingreso. Declaro que esta información es verdadera y eximo de responsabilidad a la empresa OCEANO SEAFOOD S.A. por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia de mi ingreso, por omisión o falsedad de información sobre mi estado de salud.</i>					
					<b>FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD</b>