OPINIÓN MÉDICA ESCRITA PARA EL EMPLEADO

NOMBRE DE EMPLEADO:_____ **FECHA DE EXAMINACION:** _____

TIPO DE EXAMINACION:

[ ] Examinacion inicial [ ] Examinacion periodica [ ] Examinacion por especialista

RESULTADOS DE EXAMINACION MEDICA:

Examinacion fisica	[ ] Normal	[ ] Abnormal (vea abajo)	[ ] No realizado
Radiografía de pecho	[ ] Normal	[ ] Abnormal (vea abajo)	[ ] No realizado
Prueba de respiración (espirometría)	[ ] Normal	[ ] Abnormal (vea abajo)	[ ] No realizado
Prueba de tuberculosis	[ ] Normal	[ ] Abnormal (vea abajo)	[ ] No realizado
Otros:_____	[ ] Normal	[ ] Abnormal (vea abajo)	[ ] No realizado

Los resultados se reportaron como abnormales:

_____

_____

[ ] Su salud puede correr un mayor riesgo debido a la exposición a sílice cristalina respirable debido a lo siguiente:

_____

RECOMENDACIONES:

[ ] No hay limitaciones en el uso del respirador
[ ] Limitaciones recomendadas en el uso del respirador
[ ] Limitaciones recomendadas sobre la expocision a la silice cristalina respirable:

Fechas para dichas limitaciones recomendadas, si es aplicable: _____

_____

[ ] Recomiendo que sea examinado por un especialista certificado por la Junta en enfermedades pulmonares o medicina ocupacional

[ ] Otras recomendaciones*:

_____

_____

Su próximo examen periódico para la exposición a la sílice debe ser en: [ ] 3 años [ ] Otro: _____

Proveedor de examen:_____ Fecha: _____

Nombre de proveedor: _____
Direccion de oficina:_____ Telefono de oficina: _____

*Estos hallazgos pueden no estar relacionados con la exposición a la sílice cristalina respirable o pueden no estar relacionados con el trabajo y, por lo tanto, pueden no estar cubiertos por el empleador. Estos hallazgos pueden requerir seguimiento y tratamiento por parte de su médico personal.