

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL**

|                         |                         |                                      |                 |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Nº HISTORIA CLINICA :   | 147504                  | TIPO DE EXAMEN :                     | PRE-OCUPACIONAL |
| CERTIFICA que el Sr.(a) |                         |                                      |                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS:    | EDUARDO MARTELL ZVALETA |                                      |                 |
| DNI :                   | 40260906                | GENERO :                             | MASCULINO       |
| EDAD :                  | 45 AÑOS                 |                                      |                 |
| EMPRESA :               | GRUPO PALERMO S.R.L.    | CONTRATISTA                          | N/A             |
| PUESTO AL QUE POSTULA   | GERENTE COMERCIAL       | OCUPACION ACTUAL O ULTIMA OCUPACION: | ING. SISTEMAS   |

HE PASADO EXAMEN MÉDICO EN POLICLÍNICO HORIZONTE MEDIC, TENIENDO COMO :

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| CONCLUSIONES :                                           |
| 1. OBESIDAD I.<br>2. AMETROPIA LEVE BILATERAL CORREGIDA. |

|                                                         |   |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)       |   | <b>RESTRICCIONES :</b><br>- USO DE LENTES CORRECTORES PARA TRABAJO.<br>- NO HACER TRABAJO SOBRE 1.8 M.S.N.PISO |
| APTO CON RESTRICCION (para el puesto en el que trabaja) | X |                                                                                                                |
| NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)    |   |                                                                                                                |
| RECOMENDACIONES :                                       |   |                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NO HACER TRABAJO 1.8 M.N PISO.DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA Y EJERCICIOS 03 VECES POR SEMANA. CONTROL DE PESO MENSUAL.<br>2. CONTINUAR USO DE LENTES CORRECTORES. EVALUACION ANUAL POR OPTALMOLOGIA. | <br><b>Dra. Schneider J. Soplopico Marce</b><br><b>MEDICO OCUPACIONAL</b><br><b>C.M.P. 74582 RNM 00001</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                          |                                         |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Fecha desde : 25/03/2025 | Fecha hasta : 25/03/2026 | SELLO Y FIRMA DE MEDICO QUE CERTIFICA : |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|