



## SOLICITUD DE ATENCION

**La Empresa:**.....

**Solicita que al Sr/a:**.....

**L.C. – L.E. – D.N.I. N°**.....**se le realice examen médico:**

Preocupacional  Periódico  Readmisión  Egreso  Libreta sanitaria

Control en consultorio

**Otros estudios complementarios:**.....

**Tipo de tareas:** .....

**Jornada laboral de** ..... **a** ..... **hs**

**Fecha:** ...../...../.....

**Hora:** .....

**Importante:** Para exámenes laborales presentarse de 7:00 a 10:30 hs. con 8 hs de ayuno, lentes si usa y 2 hs de retención de orina. No se aceptarán órdenes con fechas vencidas

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y ACLARACION**

ALFA CENTRO MÉDICO S.R.L.  
SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL

Av. Corrientes 1296 Entre Piso C1043AAZ C.A.B.A. Tel./Fax.: 4382-5650  
Web: www.alfacentromedico.com. Email: alfa@alfacentromedico.com