



Fecha: ____ / ____ / ____.

INFORME MÉDICO PARA REGISTRO DE ADOLESCENTE TRABAJADOR.

Datos del Adolescente:

Nombres: _____
Apellidos: _____
C.I.: _____
Edad: _____
Domicilio: _____
Religión: _____

Antecedentes Médicos:

Personales: _____

Familiares: _____

Psicobiológicos: _____

Examen Físico: -TA: _____
-Peso: _____
-Altura: _____
-IMC: _____

Datos positivos al examen físico: _____

Análisis de Resultados Paraclínicos: _____

El suscrito médico hace constar que el o la adolescente evaluado(a) se encuentra en condiciones APTAS () NO APTAS () para trabajar.-

Sello de la Institución

Firma y Sello Médico