ACTA DE APTITUD MÉDICA

Datos a completar por el Responsable de Protección Radiológica

I. DATOS GENERALES

No. Expediente. _____

Nombre (s): _____

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

No. Cédula de identidad: _____

Sexo: _____

Centro de trabajo: _____

II. TRABAJOS REALIZADOS ANTERIORMENTE CON RADIACIONES

Centro de trabajo: _____

Período de trabajo: desde: _____

hasta: _____

Actividad realizada: _____

Dosis acumulada (mSv): _____

III. TIPO DE RADIACIÓN Y FUENTE A QUE ESTÁ EXPUESTO: _____

Trabajo que realiza: _____

Datos a completar por el Médico que realiza el examen

IV. EXAMEN MÉDICO

IV.1. Examen físico (Exponer los datos positivos)

IV.2. Exámenes de laboratorios (resultados relevantes)

V. CONCLUSIONES

Apto _____

No Apto _____

Apto B/C _____

En caso de resultar Apto B/C explicar la condición y las recomendaciones a seguir: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del médico autorizado _____

Validez: hasta _____

Institución: _____