

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD OCUPACIONAL S.I.S.

REMISION EMPRESARIAL

Calle 65 No. 11-61 Bogotá D.C.


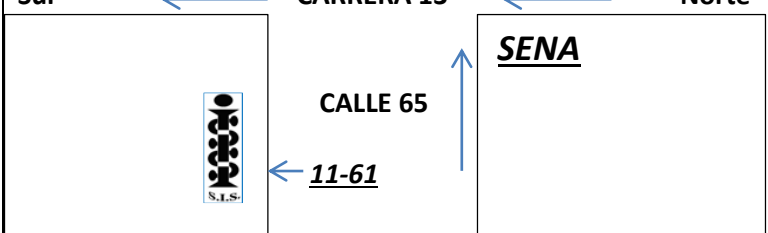
Teléfonos 2490854 – 7045418 – 3158931501

GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

PARA GARANTIZAR UNA BUENA ATENCION, POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS

NOMBRE REMITIDO:			CC:
EPS:	EDAD:		FECHA:
EXAMEN INGRESO <input type="checkbox"/>	EXAMEN PERIODICO <input type="checkbox"/>	EXAMEN RETIRO <input type="checkbox"/>	OTRO:
EMPRESA DESTINO:		EMP. REMITENTE:	TELEFONO:
DESCRIBIR LABORES DEL CARGO A DESEMPEÑAR:			

MARCAR EXAMEN A REALIZAR:	
EXAMEN MEDICO GENERAL	
FACTOR R.A.	
AUDIOMETRIA	
VISIOMETRIA	
ESPIROMETRIA	
KOH UÑAS	
COPROLOGICO	
SEROLOGIA	
FROTIS DE GARGANTA	
CULTIVO DE GARGANTA	
CUADRO HEMATICO	
PERFIL LIPIDICO	
GLUCOSA	
EKG	
CURSO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	
EXAMEN BASICO PARA ALTURAS	
CARTA DENTAL	

ENERGIA - ILUMINACION	
Sur	← CARRERA 13 ← Norte
	
*Si usa lentes u otro tipo de prótesis tráigalos a la consulta *No olvide su cédula de ciudadanía *llegue con buen tiempo, puede durar hasta 4 horas en el proceso *Si debe cancelar dinero, traiga sencillo	

DESEO QUE SE REALICE ENFASIS EN:	PRUEBA VERTIGO	SI	NO	ALTURAS	SI	NO	PULMONAR	SI	NO		
MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO	OSTEOMUSCULAR	SI	NO	VISUAL	SI	NO	CARDIOVASCULAR	SI	NO

FAVOR FACTURAR A LA EMPRESA	SI	NO	EL REMITIDO CANCELARA TODO EL VALOR	SI	NO
LA EMPRESA CANCELARA	\$		EL PACIENTE CANCELARA	\$	

DATOS EMPRESA REMITENTE		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REMITE		
DIRECCION ACTUALIZADA DE LA EMPRESA		
TELEFONOS ACTUALIZADOS DE LA EMPRESA	FIJOS:	CEL:
NIT		
CORREO ELECTRONICO		

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE, FIRMA Y C.C. DEL REMITIDO