

**APÉNDICE 7**

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL (CAML)**

Nombre del Establecimiento de Salud:										Orden Contrato				No.					
Clínica/Hospital										PETROPERU (Control Interno)									
CERTIFICA que el Sr. (a):																			
Nombres y Apellidos																			
Documento Identidad										Edad			Años		Género		M	F	
NOMBRE EMPRESA CONTRATISTA																			
Puesto al que postula (Ingreso):																			
Profesión:																			
Último lugar y puesto que trabajó:																			
HISTORIA CLINICA																			
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)												Observaciones:							
APTO CON RESTRIPCION (para el puesto en el que trabaja o postula)												Restricciones:							
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)												Observaciones:							
VACUNAS						Fiebre Amarilla (1 ds)				Hepatitis B (3 ds)				Antitetánica (3 ds)					
		Completa																	
		Incompleta																	
Recomendaciones:										Sello y Firma del Médico:									
Fecha:										Nombre Médico:									