

# *Carpetas médicas*

## INDICE

A. INGRESO .....	3
B. SOLICITUD.....	3
C.1. Carpeta Propia o familiar .....	5
C.2. Carpeta para un agente a cargo .....	9
C. REITERACIÓN .....	9
D. IMPRESIÓN .....	11
E. ANULACIÓN .....	12
F. CONSULTA DE CARPETAS MÉDICAS SOLICITADAS .....	14

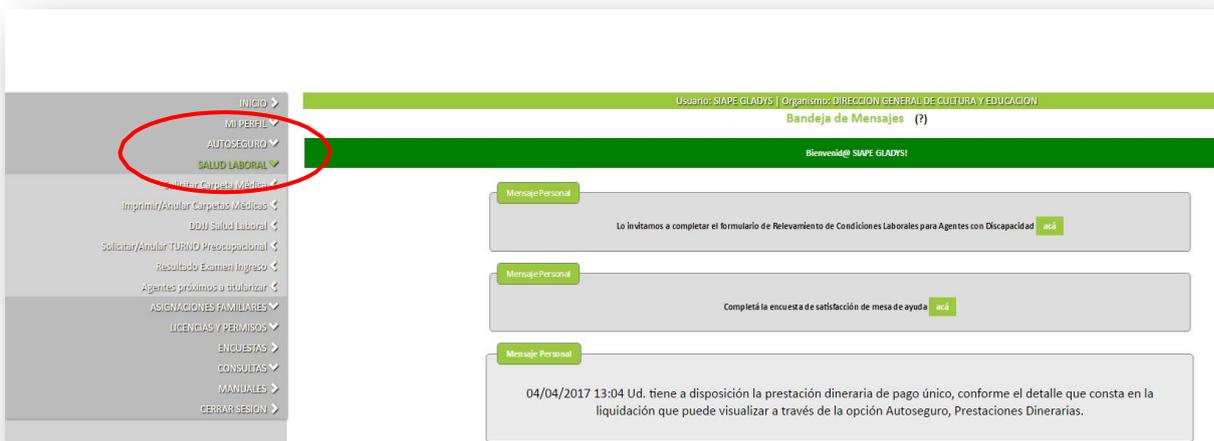
## A. INGRESO

Ingrese al portal web de la forma indicada en el **MANUAL DE ACCESO**, incluido en el margen superior del Portal de Capital Humano.



## B. SOLICITUD

Seleccione del menú principal la opción **SALUD LABORAL**



Luego seleccione **Solicitar Carpeta Médica.**

Aparecerán tres solapas: **Carpeta Propia o Familiar**, **Pedir para un agente a cargo** y **Consultar Historial**.

Por defecto, aparece la opción de **Carpeta Propia o Familiar**, en la que podrá visualizar sus datos personales y laborales, y desde donde podrá solicitar su propia carpeta médica o para atención de un familiar enfermo.

La solapa **Pedir para un agente a cargo** sólo podrá ser utilizada por los Jefes de Departamento o Autorizantes, toda vez que un agente necesite solicitar una carpeta médica y no cuente con internet.

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE ECONOMIA  
Carpetas Médicas (?)

Carpeta Propia o Familiar | Pedir para un agente a cargo | Consultar Historial

Referencia:

Modalidad:  Ambulatoria  Domiciliaria

--- DATOS DEL AGENTE ---

Tipo de Documento:  Documento No: 11066311  Legajo No:

Apellido y Nombre: SIAPE GLADYS

Domicilio accidental:

Domicilio:

Calle: Calle 59

Altura: 815  Piso:  Depto:

Localidad: LA PLATA - LA PLATA

Observación de Domicilio:

Repartición: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Dependencia de servicio: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

--- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCION DE LAS AREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL ---

Fecha solicitud:  Tipo solicitud:

Lugar efectivo de (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA N°19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70

Tareas:

### C.1. Carpeta Propia o familiar

Seleccione la modalidad de la carpeta, **Ambulatoria** o **Domiciliaria**

Reiteración:	<input type="checkbox"/>
<b>Modalidad:</b>	<input type="radio"/> Ambulatoria <input type="radio"/> Domiciliaria
<b>- DATOS DEL AGENTE</b>	
Tipo de Documento:	DNI Documento N°: 10686211 Legajo N°:
Apellido y Nombre:	SIAPE GLADYS
Domicilio accidental:	<input type="checkbox"/>
<b>Domicilio:</b>	
Calle:	Calle 59
Altura:	815 Piso: Depto:
Localidad:	LA PLATA - LA PLATA Seleccionar
Observación de Domicilio:	
Repartición:	DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION
Dependencia de servicio:	DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION
<b>- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL</b>	
Fecha solicitud:	Tipo solicitud:
Lugar efectivo de trabajo:	(HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA N°19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70
Tarea:	

Si seleccionó **Domiciliaria**, verifique que el domicilio visualizado en el formulario sea aquel en el que va a encontrarse situado mientras dure la carpeta.

Si se encuentra en un domicilio diferente, tilde la opción **Domicilio accidental**, e ingrese el nuevo domicilio.

Reiteración:	<input type="checkbox"/>
<b>Modalidad:</b>	<input type="radio"/> Ambulatoria <input checked="" type="radio"/> Domiciliaria
<b>- DATOS DEL AGENTE</b>	
Tipo de Documento:	DNI Documento N°: 10686211 Legajo N°:
Apellido y Nombre:	SIAPE GLADYS
Domicilio accidental:	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Domicilio:</b>	
Calle:	
Altura:	Piso: Depto:
Localidad:	Seleccionar
Observación de Domicilio:	
Repartición:	DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION
Dependencia de servicio:	DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION
<b>- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL</b>	
Fecha solicitud:	Tipo solicitud:
Lugar efectivo de trabajo:	(HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA N°19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70
Tarea:	

Luego deberá completar los datos para intervención de las Áreas de Salud y Seguridad Laboral:

- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL

Fecha solicitud:  Tipo solicitud:

Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA N°19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70

Tarea:

- **Fecha solicitud:** Seleccione la fecha en la que inicia la carpeta médica. Tenga en cuenta que la solicitud deberá realizarse al inicio del horario asignado de labor. Transcurrido este plazo, deberá pedirla para el día siguiente posterior.
- **Tipo de solicitud:** Se desplegarán distintos tipos de solicitudes, debiendo seleccionarla opción correspondiente.

Reiteración:

Modalidad:  Ambulatoria  Domiciliaria

- DATOS DEL AGENTE

Tipo de Documento:  Documento N°: 10686211 Legajo N°:

Apellido y Nombre: SIAPE GLADYS

Domicilio accidental:

Domicilio:

Calle:

Altura:  Piso:  Depto:

Localidad:  Seleccionar

Observación de Domicilio:

Repartición: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Dependencia de servicio: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL

Fecha solicitud:  Tipo solicitud:

Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA N°19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70

Tarea:

ATENCION FAMILIAR ENFERMO  
ENFERMEDAD  
MATERNIDAD  
NACIMIENTO PREMATURO ALTO RIESGO  
NACIMIENTO PREMATURO BAJO RIESGO

Tenga en cuenta que para el caso de solicitud de ATENCION DE FAMILIAR ENFERMO, sólo podrá pedirse para los familiares previamente declarados en **Mi Perfil** (Ver MANUAL DE ACCESO)

Reiteración:

Modalidad:  Ambulatoria  Domiciliaria

**- DATOS DEL AGENTE**

Tipo de Documento:  Documento Nº: 10686211 Legajo Nº:

Apellido y Nombre: SIAPE GLADYS

Domicilio accidental:

**Domicilio:**

Calle:

Altura:  Piso:  Depto:

Localidad:

Observación de Domicilio:

Repartición: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Dependencia de servicio: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

**- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

Fecha solicitud:  Tipo solicitud: ATENCION FAMILIAR ENFERMO

Seleccione el familiar

Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA Nº19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70

Tarea:

LOPEZ, MARIA  
SIAPE, ROBERTO  
SIAPE, CARLOS A  
SIAPE, HIJA  
LOPEZ, CARLOS  
MARCOS, RICARDO

- **Lugar efectivo de trabajo:** indique el nombre de la oficina en la que actualmente presta servicios.
- **Tarea:** indique el tipo de tarea que realiza actualmente.

Una vez completado el formulario con los datos requeridos, presione el botón **GENERAR CARPETA MÉDICA** para registrar la solicitud.

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE ECONOMIA

Carpeta Médicas (?)

Carpeta Propia o Familiar

Reiteración:

Modalidad:  Ambulatoria  Domiciliaria

**- DATOS DEL AGENTE**

Tipo de Documento:  Documento Nº: 10686211 Legajo Nº:

Apellido y Nombre: SIAPE GLADYS

Domicilio accidental:

**Domicilio:**

Calle: Calle 59

Altura: 815 Piso:  Depto:

Localidad: LA PLATA - LA PLATA

Observación de Domicilio:

Repartición: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Dependencia de servicio: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

**- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

Fecha solicitud:  Tipo solicitud:

Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA Nº19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70

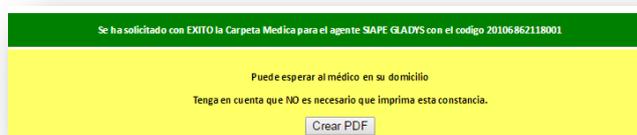
Tarea:

El sistema asignará un número de solicitud y le dará la opción de generar una constancia de la solicitud realizada.

Si la solicitud es por una carpeta ambulatoria, concurra a la delegación de reconocimientos médicos que le corresponda.

Si se trata de una carpeta domiciliaria, aguarde la visita del médico laboral.

Si desea visualizar o guardar en su pc la solicitud generada, presione **Crear PDF**, y luego seleccione Abrir o Guardar



Para imprimir el formulario, presione el ícono de impresión. Tenga en cuenta que no es necesario imprimir este formulario, ya que no será solicitado por el personal de Medicina Ocupacional.

**FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE LICENCIAS MÉDICAS PARA LOS AGENTES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Modalidad: Domiciliaria      Fecha de Solicitud: 31/05/2017      Código: 20106862118001

**DATOS DEL AGENTE**

Tipo de Documento: DNI      Documento N°: 10686211      Legajo N°:  
Apellido y Nombre: SAPE GLADYS  
Domicilio: Calle 59 Nº815 Piso: - Dto: - | LA PLATA LA PLATA (-)  
Repartición: MINISTERIO DE ECONOMIA  
Dependencia de servicio: MINISTERIO DE ECONOMIA

**COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA Nº19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70 U. PENT Nº8 Y  
Tarea: Administrativo / Atención al Público  
Reiteración: NO

**CERTIFICADO MÉDICO / SUJETO A AUDITORIA MÉDICA LABORAL**  
*A ser completado por el profesional actual*

Fecha: / / 20      Hora: : :      Lugar de realización:   
En el caso de ser sujeto a auditoría, completar diagnóstico según DSM IV con 5 que

**TRATAMIENTO - MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Días sugeridos de reposo:  SI /  NO      Cantidad:   
Desde: / / 20      Hasta: / / 20

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

Obligatorio en tratamientos prolongados a que requiera nueva control

**INDICAR ESTUDIOS, ANÁLISIS Y/O PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS**

Forma Agente:       Firma, Sello y Número de Matrícula de Médico:   
Especialidad del Médico:

**MEDICINA OCCUPACIONAL**  
Según la Certificación del Colegio de Médicos y Abogados Bonaerense Local

Imputación Ley N°:       Decreto Reglamentario:       Artículo N°: 89  
Código Diagnóstico (CIE10):       Desde: / / 20      Hasta: / / 20  
Justifica:  SI /  NO      Fecha: / / 20  
Jurta Médica:  SI /  NO       JCSJSM       Fecha: / / 20  
JCS: Junta Departamental (JDR): Junta Superior de Reconocimiento Médico

FAMILIAR:        Firma o Sello Profesional de Medicina Ocupacional

**AUDITORIA DOMICILIARIA**

<input type="checkbox"/> 1. Atendido	<input type="checkbox"/> 2.1. No se encuentra en el domicilio	<input type="checkbox"/> 2.6. No responde al llamado
<input type="checkbox"/> 2. Derogado	<input type="checkbox"/> 2.2. Dem. Alg. insuf.	<input type="checkbox"/> 3. Paso a otro tipo
<input type="checkbox"/> 2.0. No atendido	<input type="checkbox"/> 2.3. Inexistente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.1. Dem. Insuf.	<input type="checkbox"/> 2.5. No se abica al domicilio	<input type="checkbox"/>

## C.2. Carpeta para un agente a cargo

Esta opción permite a los Jefes de Departamento o Autorizantes solicitar carpeta médica para los agentes que tiene a cargo.

Seleccione la pestaña **Pedir para un agente a cargo** luego seleccione al agente al que le va a solicitar la carpeta, buscándolo por DNI o por nombre y apellido.



The screenshot shows a web application interface for 'Carpetas Médicas'. At the top, it displays the user information: 'Usuario: SAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE ECONOMIA'. Below this, there are three tabs: 'Carpeta Propia o Familiar', 'Pedir para un agente a cargo', and 'Consultar Historial'. The 'Pedir para un agente a cargo' tab is selected. Underneath the tabs, there is a section titled 'Opciones de búsqueda' with a dropdown menu labeled 'Buscar por:' and a 'Buscar' button.

Deberá completar los datos correspondientes a la carpeta médica solicitada por el agente.



## C. REITERACIÓN

Para el caso que haya solicitado carpeta de reconocimiento a domicilio (carpeta médica domiciliaria), y el médico de la Dirección de Medicina Ocupacional (o del organismo designado al efecto) no haya concurrido, el agente deberá reiterar la carpeta (por única vez) antes de las 72 hs de la fecha de solicitud de la carpeta.

Reiteración:

Modalidad:  Ambulatoria  Domiciliaria

**- DATOS DEL AGENTE**

Tipo de Documento:  Documento N°:  Legajo N°:

Apellido y Nombre:

Domicilio accidental:

**Domicilio:**

Calle:

Altura:  Piso:  Depto:

Localidad:

Observación de Domicilio:

Repartición:

Dependencia de servicio:

**- COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

Fecha solicitud:  Tipo solicitud:

Seleccione el familiar:

Lugar efectivo de trabajo:

Tarea:

Presione el botón **GENERAR CARPETA MÉDICA** para registrar la solicitud.

## D. IMPRESIÓN

Esta opción dará la posibilidad de imprimir sólo las carpetas que a la fecha no hayan sido justificadas por Medicina Ocupacional, es decir, las solicitudes pendientes.

Seleccione del menú principal la opción **SALUD LABORAL**.



Luego seleccione **Imprimir/Anular Carpetas Medicas**.

Se mostrarán las carpetas solicitadas por el agente, que aún no han sido justificadas, ordenadas por la fecha de solicitud, en forma ascendente.

Seleccione la carpeta que desea imprimir, y presione el botón **Imprimir**

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE ECONOMIA  
Carpets Médicas - Imprimir Anular (7)

N°DOCUMENTO	AGENTE	FECHA SOLICITUD	N°FORMULARIO	Imprimir	Anular
10686211	SIAPE GLADYS	31/05/2017	20106862118001	Imprimir	Anular

Resultados del 1 al 1, de un total de 1

Botones: [Anterior] [Siguiente] [Último]

Podrá visualizar el siguiente formulario, el cual podrá guardar en su pc o imprimir.

**FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE LICENCIAS MÉDICAS PARA LOS AGENTES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Modalidad: Domiciliaria Fecha de Solicitud: 31/05/2017 Código: 20106862118001

DATOS DEL AGENTE  
Tipo de Documento: DNI Documento N°: 10686211 Legajo N°:  
Apellido y Nombre: SIAPE GLADYS  
Domicilio: Calle 59 Nº815 Piso: - Dto: - | LA PLATA LA PLATA (-)  
Repartición: MINISTERIO DE ECONOMIA  
Dependencia de servicio: MINISTERIO DE ECONOMIA

COMPLETAR DATOS POR EL AGENTE PARA INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL  
Lugar efectivo de trabajo: (HTC ESTABLECIMIENTOS) ESCUELA DE EDUCACION MEDIA Nº19 TERESA DE CALCUTA - 149 esq 70 U. PENIT Nº8 Y Tares. Administrativo / Atención al Público  
Ratificación: NO

CERTIFICADO MÉDICO | SUJETO A AUDITORIA MÉDICA LABORAL  
Fecha: / / ZD Hora: Lugar de realización:  
En el caso de patología psiquiátrica, consignar diagnóstico según DSM IV con 5 ejes

TRATAMIENTO - MEDICAMENTOS PRESCRITOS  
Días sugeridos de reposo: [SI / NO] Cantidad: Hasta: / / ZD

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA  
Objetivamente en tratamiento prescrito a que requiere nuevo control  
INDICAR ESTUDIOS, ANÁLISIS Y/O PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS

Firma Agente: Firma, Sello y Número de Matrícula de Médico  
Especialidad del Médico: Sello y Certificación del Colegio de Médicos e Autoridad Sanitaria Local

MEDICINA OCUPACIONAL  
Imputación Ley N°: Decreto Reglamentario: Artículo N°: [EJ]  
Código Diagnóstico (CIE10): Desde: / / ZD Hasta: / / ZD  
Justifica: [SI / NO] Fecha: / / ZD  
Junta Médica: [SI / NO] JCI: Junta Departamental (JDM); Junta Superior de Reconocimiento Médico

FABRICAR: Observaciones: Firma y Sello Profesional de Medicina Ocupacional

AUDITORIA DOMICILIARIA  
1- Autorizada 2- No se encuentra en el domicilio 2.6- No responde al llamado  
3- Derogada 3.1- Sin datos recibidos 3- Placa o otro dato  
4- No finalizada 3.4- Intervención  
5- Datos incorrectos 3.6- No se efectuó el domicilio

## E. ANULACIÓN

Esta opción le da la posibilidad de anular las carpetas que hayan sido generadas por error, siempre que no hayan sido autorizadas por la Dirección de Medicina Ocupacional. Seleccione del menú principal la opción **SALUD LABORAL**.

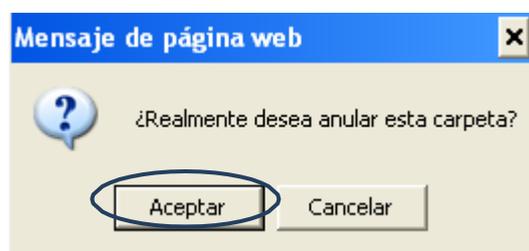
Luego seleccione **Imprimir/Anular Carpetas Medicas**.

Se mostrarán las carpetas solicitadas por el agente, ordenadas por la fecha de solicitud, en forma ascendente.

Seleccione la carpeta que desea anular, y presione el botón **Anular**



Confirme la anulación, seleccionando **Aceptar**



La solicitud quedará eliminada de su bandeja.

## F. CONSULTA DE CARPETAS MÉDICAS SOLICITADAS

Puede consultar el historial de las carpetas médicas solicitadas o ver el estado de las mismas, ingresando desde la solapa **Consultar Historial**

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE ECONOMIA  
Carpets Médicas (?)

Carpeta Propia o Familiar    Pedir para un agente a cargo    Consultar Historial

Consultar Historial

Buscar:

#	Fecha Solicitud	Descripción	Desde	Hasta	Estado de la Solicitud	Resolución	
1	31/05/2017	ENFERMEDAD			ACEPTADO	PENDIENTE	Imprimir
2	23/02/2017	ENFERMEDAD	27/02/2017	27/02/2017	ACEPTADO	OTORGADA	Imprimir
3	02/01/2017	ENFERMEDAD			ANULADO	PENDIENTE	Imprimir
4	26/09/2016	ENFERMEDAD	06/02/2017	07/03/2017	ACEPTADO	OTORGADA	Imprimir
5	27/08/2016	ATENCION FAMILIAR ENFERMO			ANULADO	NO ASISTIO	Imprimir
6	01/06/2016	ENFERMEDAD	01/06/2016	02/06/2016	ACEPTADO	OTORGADA	Imprimir
7	16/05/2016	ENFERMEDAD			ANULADO	PENDIENTE	Imprimir
8	25/01/2016	ENFERMEDAD	29/01/2016	08/03/2016	ACEPTADO	OTORGADA	Imprimir
9	18/01/2016	ENFERMEDAD			ANULADO	PENDIENTE	Imprimir
10	11/12/2015	ENFERMEDAD			ACEPTADO	NO ASISTIO	Imprimir

Resultados del 1 al 10, de un total de 34

Anterior    Siguiente

**Ante cualquier inquietud, te podrás contactar con nuestra Mesa de Ayuda**

- Correo: [ayuda.siape@gba.gob.ar](mailto:ayuda.siape@gba.gob.ar)
- Mesa de Ayuda Telefónica: (0221) 429-4277