

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL – Pcia. de Buenos Aires.

Departamento de Ingresos y Exámenes en Salud.

Cuestionario de Psicología

(Deberá presentarse completo al momento de la entrevista).

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____ Edad: _____ Tarea: _____

1. Como está compuesta su familia: _____ _____ _____
2. Padece o ha padecido crisis de: - Llanto - Tristeza - Angustia Causas? _____
3. Tiene o ha tenido episodios de insomnio? Los pudo resolver de alguna forma, cómo? _____ _____
4. Mencione experiencias traumáticas que le hayan sucedido: _____
5. A qué situaciones le teme? Ha buscado resolverlas de alguna forma: _____ _____
6. Sufrió golpes en la cabeza? Motivo: _____ _____
7. Tiene o ha tenido convulsiones? Conoce las causas: _____
8. Reconoce tener conductas que lo ponen en riesgo? Cuáles: _____ _____
9. Qué tareas realiza fuera del horario laboral? _____ _____

10. Frente a situaciones estresantes qué síntomas tiene? _____

11. Ha realizado Tratamiento: - Psicológico
- Psiquiátrico
- Neurológico

Cuándo y por que motivo? _____

12. Ha estado con tratamiento psicofarmacológico? En qué momento, causas que lo originaron: _____

Medicación (Nombre y dosis administrada) _____

13. Ha tomado licencia: - Psicológica
- Psiquiátrica
- Neurológica

Fecha y duración de la misma: _____

Causas / Diagnóstico: _____

14. Dentro de las tareas laborales que realiza, cuáles lo motivan y que preferiría no hacer: _____

15.

Esta encuesta tiene valor de Declaración Jurada

Firma y Aclaración del Agente

CONCLUSIONES:

Firma del Psicólogo

Sello del Psicólogo.