EXAMEN PREOCUPACIONAL

Modalidad y Requisitos

Instructivo

Actualización: febrero 2023



ÍNDICE

Solicitud de turnos	3
Modalidad y requisitos	3
a. Presencial	3
b. A distancia (envío de examen)	4
Contacto	4
Anexo A	5
Formulario Historia Clínica - Examen médico preocupacional	5
Cuestionario de Psicología	6
Modelo Planilla de Declaración Jurada a la Dirección de Salud Ocupacional	7

Solicitud de turnos

El turno para el examen preocupacional se puede solicitar a través de las siguientes alternativas:

- Por las Direcciones Delegadas de la Dirección Provincial de Personal, o quienes hagan sus veces, desde SiAPe siguiendo la ruta: Rec. Médicos – Preocupacional – Solicitar Turnos.
- Por las personas trabajadoras a través del Portal del Empleado/a desde la página de la Subsecretaría de Gestión y Empleo Público, con su usuario y contraseña. Deberá ingresar siguiendo la ruta: **Del módulo Trámites de designación – Examen de ingreso.**

Una vez allí podrá optar por las opciones que se detallan a continuación.

Modalidad y requisitos

a. Presencial

Para la realización del examen preocupacional de manera presencial deberá presentarse en la fecha seleccionada, a las 8:00 hs. puntualmente en el edificio de la Dirección de Salud Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 e/ 56 y 57 de la Ciudad de La Plata.

- No presentarse si está en curso de licencia médica o cualquier otro tipo de licencia.
- Presentarse con DNI y comprobante de turno.
- Traer planilla de declaración jurada de Salud Laboral.
- Ayuno estricto de 12:00 hs.
- Traer primera orina de la mañana en frasco limpio y bien cerrado. Descanso auditivo de 8 hs (no usar auriculares ni someterse a ruidos fuertes).

Una vez completado el trámite, le llegarán a la dirección de mail declarada en el Portal del Empleado/a la constancia de concurrencia y el certificado de aptitud.



b) A distancia (envío de examen)

En el caso de que se opte por el envío de la documentación, ésta deberá ser enviada en sobre cerrado al edificio de la Dirección de Salud Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 e/ 56 y 57 CP 1900 de la Ciudad de La Plata, con el siguiente detalle:

- Formularios de **Historia Clínica y Cuestionario de Psicología**, impresos y completos. Ver modelo Anexo A.
- Planilla de **Declaración Jurada** a la Dirección de Salud Ocupacional.
- Historia Clínica completa de cada especialidad, ECG, Audiometríatonal, Teleradiografíatórax, Laboratorio (hto, ers, glucemia, urea, creatinina, Ac. Úrico, hepatograma, perfillipídico, orina completa).

Las planillas y formularios mencionados se encuentran disponibles tanto en el Portal del Empleado/a accediendo como se mencionó anteriormente, y en la página de la Subsecretaría de Gestión y Empleo Público en la sección Salud Ocupacional.



CONTACTO

Ante cualquier duda o inquietud que tengas comunicate con nosotros por estas vías:



dpto.ingresos@gmail.com



(0221) 521 - 5602



Anexo A

Modelo formulario Historia Clínica - Examen médico preocupacional

	FOR	lMi	ULARI	O HISTORIA CLÍNICA		
	E	xan	nen Mé	dico Preocupacional		
. DATOS PERSONALES (Com	pletar de n	nane	era legib	le y sin abreviar)		
Oocumento:			_			
				No. of the contract of the con		
Apellido:				Nombres:		
				Sexo: Antigüeda		
				ción: PrimSecTerc		
omicilio:		_		N°: Localidad:		
Mail:		_	Tel	lefono: ()		
finisterio:				_ Dependencia:		
Cargo:				Distrito:		
aigo.				District.		
					-	
. EXAMEN CLÍNICO (Sólo deb	en complet	tarlo	o los/as į	profesionales)	FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA	
stado actual (N - Normal O -	Observado	οΙ	NE - No	Examinado)		
		_			Oftalmología:	_
	N	1	O NE			
1. Cabeza 2. Cuello	+	+	-	Abdomen Hernias-Eventraciones		
3. Torax	+	+	+	11. Urogenitales		_
4. Pulmones	\perp	+	+	12. Columna		
5. Glándulas Mamaria	is .	I		13. Extremidades	Fecha://	
6. Corazón		Ļ		14. Sistema Nervioso	Firma y Sello del/de la Médico/a	
 Examen Vascular P Tensión Arterial 	erif	+	_	15. Marcha y Postura		_
		_			Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
Fecha:	, ,				Firma y Sello del/de la Medico/a	
r-ecna:	//_		_	Firma y Sello del/de la Médic	lic Psicología:	_
						_
						<u> </u>
DIRECCIÓN DE DIRECCIÓN PROVINS SALUG COUPACIONAL E INFORMACIÓN	NOAL DE OPERACIO I DEL EMPLEO PÚS	ONES SLICO	suesco	EETARÍA DE CESTIÓN JENTEURA DE CAMBETTE BU		
DIRECCIÓN DE DIRECCIÓN PROVINCIÓN PROVINCIÓN E INPOSTMACIÓN	NOAL DE OPERACK E DEL EMPLEO PÚS	IONES BLICO	SUBSECR	TEMBRA DE CESTIÓN DE CAMBETE DE CONTROL PUBLICO PUBLICO DE CAMBETE DE CONTROL	<u> </u>	
DIRECCIÓN DE SALUO OCUPACIONAL ENVIRONACÓS	NOAL DE OPERACK 6 DEL EMPLEO PÚE	BLICO	suesece	ETAMÁ DE CESTIÓN DE PREFUNA DE LA COMPANIA DE CAMBRETE BU		
онессобн ре зацио осиласиям. В провимой	NOAL DE OPERACK 6 DEL EMPLEO PÚI	BLICO	subsects	ETAMÁ DE CESTIÓN DE PREFUNA DE CAMBRETE BU	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	_
DIRECCIÓN DE SALUE COUNTRO DE E ENPORMACIÓN	NCIAL DE OPERACK « DEL EMPLEO PÚE	BLICO	SUBSECR	ETAMÁ DE CESTIÓN POPULEO POPUL	Fecha:/	
DIRECTOR DE DIRECTOR PROPIL E ENPORMACIÓN	NGAL DE OPERACH N DEL EMPLEO PÚB	BLICO	suesece	ETAMÁ DE CESTIÓN POPULEO POPUL	Fecha:/	
DIRECTÓR DE SALUE COLIN-DONAL E ENPORMACIÓN	NGAL DE OPERACH N DEL EMPLEO PÚI	TONES BLICO	SUBSECR	ETAMÁ DE CESTIÓN POPULEO POPUL	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
PRINCIPAL DE COMPACIONAL E REPORMACIÓ.	NCIAL DE OPERACA N DEL EMPLEO PÚE	DOMES	SUBSECR	ETAMÁ DE CESTIÓN POPULEO POPUL	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
DESCRIPTIONS SALES COMMISSION COM	NOAL DE OPERACI N' DEL EMPLEO PÚB	NONES	SUBSECR	ETAMA CE COSTÓN DE CAMBETTA A CE COMPANIA DE CAMBETTA DE COMPANIA DE CAMBETTA DE COMPANIA DE CAMBETTA DE COMPANIA DE CAMBETTA	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
DESCORED DESCORED SOME SELECTION SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD	NOAL DE OPERACI N DEL EMPLEO PÚL	XXXXX	SUBSECR	ETAMA DE CESTIÓN DE CAMBETTE DE COMPANIO POLIZO DE CAMBETTE DE COMPANIO DE CAMBETTE DE COMPANIO DE CAMBETTE DE COMPANIO DE CAMBETTE DE C	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
DRECOGNICOMA. DRECOGNICOMA. SHARE COUNTROCOMA.	NOAL DE OPERACI	DONES	suesece	ETAMÁ DE CESTIÓN VENMALED PÓBLICO AMBRETE BU COBRETE BU	Fecha:// Firma y Sello del/de la Médico/a	
SALIFOCOMICO STATE CONTROL STA	HICALL DE OPERACE PUI	DONES	SMISCO	ETAMÁ DE CESTIÓN POPULO	Fecha:/ Firma y Sello del/de la Médico/a Odontología:	

JEFATURA DE GABINETE

Modelo cuestionario de Psicología

CUESTIONARIO DE PSICOLOGÍA	
Departamento de Ingresos y Exámenes er	n Salud
(Deberá presentarse completo al momento de la el	intrevista)
pellido y Nombre:	DNI:
dad: Tarea:	
¿Cómo se conforma su familia?	
¿Como se comornia su ramilia?	
Padece o ha padecido crisis de: Llanto Tristeza Angustia	
Causas?	
¿Tiene o ha tenido episodios de insomnio? ¿Los pudo resolver de alguna f	
	CUESTIONARIO DE PSICOLOGÍA
Mencione experiencias traumáticas que le hayan sucedido:	
v Mencione experiencias diaumaticas que le nayan sucedido.	9. ¿Qué tareas realiza fuera del horario laboral?
. ¿A qué situaciones le teme? ¿Ha buscado resolverlas de alguna forma?	
	10. ¿Frente a situaciones estresantes qué síntomas tiene?
i. ¿Sufrió golpes en la cabeza? Motivo:	11. Ha realizado tratamiento: Psicológico Psiquiátrico Neurológico (Marcar la que corresponda)
	¿Cuándo y por qué motivo?
. ¿Tiene o ha tenido convulsiones? ¿Conoce las causas?	
	12. ¿Ha estado con tratamiento psicofarmacológico? ¿En qué momento? Causas que lo originaron:
3. ¿Reconoce tener conductas que lo ponen en riesgo? ¿Cuáles?	Medicación (Nombre y dosis administrada)
	13. Ha tomado licencia: Psicológica Psiquiátrica Neurológica (Marcar la que corresponda)
	Fecha y duración de la misma:
DERECCIÓN DE DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERAÇORES SUBSCRIETARÍA DE CESTIÓN DE SALUE OCONYCONNEL E RIPOTRACCIÓN DEL EMPLEO PÓBLICO Y EMPLEO PÓBLICO GARREE	Causas / Diagnóstico:
	14. Dentro de las tareas laborales que realiza, cuáles lo motivan y que preferiría no hacer:
	ESTE CUESTIONARIO TIENE VALOR DE DECLARACIÓN JURADA
	Firma y aclaración del/de la agente
	2

JEFATURA DE GABINETE Modelo Planilla de Declaración Jurada a la Dirección de Salud Ocupacional.

DDJJ SALUD LABORAL Fecha: 03/02/2023 - Lugar: LA PLATA TORRENTE CAMILA GISELE DNI:38590000 ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS CEFALEA PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO DERRAMES CEREBRALES PARÁLISIS OTRAS ALTERACIONES VISUALES ALTERACIONES AUDITIVAS ZUMBIDOS OTITIS A REPETICIÓN DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN SORDERA USO DE AUDIFONOS OTRAS	
TUBERCULOSIS ASMA BRONOUAL ALERGIAS BRONCOESPASMOS NEUMONÍAS OTRAS ANTECEDENTES CARDÍACOS PALPITACIONES MARCA PASOS PRESIÓN ALTA INDÍQUE EL MAYOR VALOR QUE HA TENIDO: DOLOR EN EL PECHO CARDIOPATÍA CONGENITA OTRAS	DIGESTIÓN LENTA GASTRITIS OLCERAS AFECCIONES DE VESÍCULA CALCULOS HEPARITITIS PANCREATITIS MOVILIZA INTESTINO DIARIAMENTE ENFERNEDADES RENALES INFECCIONES URINARIAS A REPETICIÓN HEMORROIDES CHA TENIDO PÉRDIDAS DE SANGRE? HERRIAS EVENTRACIONES APENDICITIS OTRAS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS LE HA REALIZADO CONTROL GINECOLOGICO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO CONTROL GINECOLOGICO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? LE HA RENDIO SIBENTO PRESIÓN ALTA DURANTE ALGÚN EMBARAZO? LE PRESENTO ALGUN OTRO TIPO DE COMPILICACION? ANTECEDENTES METABÓLICOS DIABETES GOTA ENFERMEDADES DE TIROIDES COLESTEROL ALTO COLESTEROL ALTO COLESTEROL ALTO CECHA DEL ÚLTIMO ANÁLISIS DE SANGRE ANTECEDENTES APARATO LOCOMOTOR AMPUTACIONES MALFORMACIONES PRÓTESIS PERDIDA DE FUERZAS HERNIAS DE DISCO DESVIACIONES DE COLUMNA



DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN Y EMPLEO PÚBLICO

MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

