

EXAMEN PREOCUPACIONAL

Modalidad y Requisitos

Instructivo



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

ÍNDICE

Solicitud de turnos	3
Modalidad y requisitos	3
a. Presencial	3
b. A distancia (envío de examen)	4
Contacto	4
Anexo A	5
Cuestionario de Psicología	5
Examen médico preocupacional	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 Empleo Público y Gestión de Bienes, 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 Psicológico, impresos y completos. Ver modelo - Anexo A
- Planilla de declaración Jurada a la Dirección de Salud Ocupacional.
- Historia Clínica completa de cada especialidad, ECG, Audiometría tonal, Teleradiografía tórax, Laboratorio (hto, ers, glucemia, urea, creatinina, Ac. Úrico, hepatograma, perfil lipídico, VDRL, 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 Empleo Público y Gestión de Bienes en la sección **Salud Ocupacional**.



CONTACTO

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



dpto.ingresos@gmail.com



(0221) 521 - 5602



Anexo A

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? _____ _____

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL PCIA DE Bs As
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

ITEM 1 DOCUMENTO →

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(COMPLETAR DATOS PERSONALES LEGIBLE Y SIN ABREVIAR)

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD: ____ SEXO: ____ ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NIVEL DE EDUCACION: UNIV ____ TERC ____ SEC ____ PRIM ____

DOMICILIO: _____ N°: _____ LOCALIDAD: _____

MAIL: _____ TELEFONO: (____) _____

MINISTERIO: _____ DEPENDENCIA: _____

CARGO: _____ DISTRITO _____

ITEM 2 (SOLO LLENAN LOS PROFESIONALES)

EXAMEN CLINICO: ESTADO ACTUAL (N - NORMAL O – OBSERVADO NE – NO EXAMINADO)

	N	O	NE		N	O	NE
1 .Cabeza				9. Abdomen			
2.Cuello				10. Hernias-Eventraciones			
3.torax				11. Urogenitales			
4.pulmones				12. Columna			
5.Glandulas Mamarias				13. Extremidades			
6.Corazon				14. Sistema Nervioso			
7.Examen Vascular Perif				15. Marcha y Postura			
8. Tension Arterial							

Describir en forma explícita y concreta toda anomalía (precediendo al comentario el N° de ítem)

Clínica Médica:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

Oftalmología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico

fonoaudiología:

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del Medico



Psicología:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Medico

Odontología:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Medico

Radiología:

Tele de Torax: _____

Panorámica de Columna: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Medico

Declaración Jurada: Declaro bajo Juramento NO ESTAR en uso de ningún tipo de LICENCIA ni por enfermedad, ni tener conocimiento de padecer afección alguna

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Agente

Observaciones:

Fecha ____ / ____ / ____

Sello Hospital

Firma y Sello Medico

ADJUNTAR INFORME DE: DECLARACION JURADA, PLACA RX, LABORATORIO, PSICOLOGO Y ELECTROCARDIOGRAMA

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO

SUBSECRETARÍA DE EMPLEO PÚBLICO Y GESTIÓN DE BIENES

MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS



**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**