



SOLICITUD DE TURNO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO
SUBSECRETARÍA DE EMPLEO PÚBLICO Y GESTIÓN DE BIENES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Hay dos alternativas de solicitud de turno para la realización de examen preocupacional:

- Solicitada por el área de recursos humanos del organismo a la casilla dpto.ingresos@gmail.com
- Solicitada por el agente a través del Portal del Empleado (<https://portal.rrhh.gba.gob.ar/portal/login>), siguiendo la ruta:
Del módulo Pase a Planta – Estado de Pase a Planta – Solicitar Turno.
Aquí el agente puede optar por alternativas:

I. Presencial:

Debe presentarse en la fecha seleccionada, a las 8:00 am 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 otra licencia

Presentarse con DNI y comprobante de turno.

Traer planilla de declaración jurada de Salud Laboral

Ayuno estricto de 12hs.

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 la constancia de concurrencia y el certificado de aptitud.

II. Enviar examen:

La documentación que a continuación se detalla debe 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 La Plata:

- Formularios de Historia Clínica y Cuestionario Psicológico, impresos y completos (se obtienen desde el Portal Siape siguiendo la ruta indicada up supra.
- Historia Clínica completa de cada especialidad, ECG, Audiometría tonal, teleradiografía tórax, Laboratorio (hto, ers, glucemia, urea, creatinina, Ac. Úrico, hepatograma, perfillipídico, VDRL, orina completa.
- Planilla de declaración Jurada a la Dirección de Salud Ocupacional, expedida por el Portal del Empleado (<https://portal.rrhh.gba.gob.ar/portal/login>)

<p>Consultas dpto.ingresos@gmail.com (0221) 521-5602</p>
--

DIRECCION DE MEDICINA 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 <div style="text-align: right; padding-right: 50px;"> - Psiquiátrico - Neurológico </div> Cuándo y por que motivo? _____
12. Ha estado con tratamiento psicofarmacológico? En qué momento, causas que lo ongmaron: ____ Medicación (Nombre y dosis administrada) _____
13. Ha tomado licencia: - Psicológica <div style="text-align: right; padding-right: 50px;"> - Psiquiátrica - Neurológica </div> 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.

Firma y Sello del Psicólogo

DIRECCION DE SALUD OCUPACIONAL PCIA DE Bs As
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL

ITEM 1 DOCUMENTO

(COMPLETAR DATOS PERSONALES LEGIBLE Y SIN ABREVIAR)

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO / / EDAD: SEXO: _____ ANTIGÜEDAD: _____

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

DOMICILIO: _____ Nº: _____ LOCALIDAD: _____

MAIL: _____ TELEFONO: (_____) _____

MINISTERIO: _____ DEPENDENCIA: _____

CARGO: _____ DISTRITO _____

EXAMEN CLINICO

ESTADO ACTUAL (N - NORMAL O - OBSERVADO NE - NO EXAMINADO)

ITEM 2 (PROFESIONALES)

EVALUACION CLINICA (LLENAR EL PROFESIONAL)

	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 Mamarlas				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)

Clinica
Medica:

Fecha:) / /

Firma y Sello del Medico

Oftalmología:

Fecha: / /

Firma y Sello del Medico

fonoaudiología (ADJUNTAR AUDIOMETRIA):

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

Electrocardiograma:

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 afeción alguna

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Agente

Observaciones:

Fecha ____ / ____ / ____

Sello Hospital

Firma y Sello Medico

ADJUNTAR INFORME DE: DECLARACION JURADA, PLACA R>C, LABORATORIO, PSICOLOGO Y ELECTROCARDIOGRAMA