

GRAL PUEY RREDON

ENTRE CAR COPIA A TODOS LOS

/DOCENTES.

INSTRUCTIVO PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN
PREOCUPACIONAL DE APTITUD PSICOFISICA

Atento a las necesidades de unificar criterios de trabajo y agilizar el trámite del Examen de los postulantes al Ingreso a la Administración Pública y/o Docencia, se señalan algunas consideraciones a tener en cuenta en base a la Historia Clínica tipo, la cual consta de cinco fojas útiles (se adjuntan).

1. **Cumplimentar los DATOS DEL AGENTE** con letra clara y legible, poniendo especial énfasis en el tipo y número de documento, Ministerio y Dependencia en la que es propuesto, como así también Cargo a desempeñar y Distrito en el que fue designado.
2. **EXAMEN CLÍNICO:** donde el profesional deberá consignar los datos positivos del examen, y en caso de detectar patologías, **DEBERÁN ADJUNTARSE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE ARRIBEN AL DIAGNÓSTICO,** deberá contener firma y sello del profesional.
3. **EXAMEN OFTALMOLÓGICO COMPLETO:** Debe consignarse la agudeza visual sin y con corrección, expresado en décimas, por especialista.
4. **EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:** En caso de ser docente deberá realizarse Laringoscopia Indirecta, y en caso de tratarse de grupos de riesgo, como choferes, trabajadores de altura, médicos y docentes se realizará **Audiometría Tonal, por especialista.**
5. **Examen Psicológico-Psiquiátrico:** En el ítem 5 de la Historia Clínica , el **psiquiatra** actuante informará sobre antecedentes personales, estado actual y/o tratamiento realizado, como así también se deberá adjuntar **informe laboral** sobre el desempeño del agente, cuando se evidencien indicadores de anomalías en las pautas normales de trabajo.
6. Examen Odontológico.
7. **Examen cardiológico:** Se incluirá **Electrocardiograma** con informe de **especialista.**
8. **Radiología:** Se hará constar informe de especialista sobre Rx de torax y columna lumbosacra.
9. **Informe de laboratorio:** Deberá ser completado, incluyendo serología para **sífilis y chagas.**
10. Se adjunta formulario 777 de **DECLARACIÓN JURADA**, que deberá ser completada por el agente, firmándola al pie y en todos los casos se remitirá en sobre cerrado.

EN TODOS LOS ITEMS DEBERA CONSTAR FIRMA Y SELLO CON MATRICULA DEL ESPECIALISTA

En el ítem **CONCLUSIONES** se dictaminará si el postulante es **APTO** para el cargo propuesto , siempre **Ad Referendum** de la Dirección de **Reconocimientos Médicos de la Pcia de Bs. As.** , de lo contrario en el ítem 10 se consignará la patología que presentare.

El examen deberá ser realizado en Hospital Oficial, constando firma, sello y matrícula del Director del Hospital.

**NO SE ADMITIRÁN FOTOCOPIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS
DEBERA INFORMARSE SI EL AGENTE ESTA O ESTUVO EN
USO DE LICENCIA O CON CAMBIO DE FUNCIONES**

DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA

APELLIDO Y NOMBRE:

H.C.

TUVO EXAMENES DE APTITUD PREVIOS:

CUANDO:

MARQUE CON UN CIRCULO LAS ENFERMEDADES PADECIDAS, UNA POR UNA Y CON LA MISMA LAPICERA QUE FIRMA.

Enfermedades Neurológicas: Cefalea. Epilepsia. Convulsiones. Pérdidas de conocimiento. Derrames cerebrales. Parálisis. Otros.

Enfermedades Visuales: Miopía. Astigmatismo. Presión ocular. Otros.

Enfermedades Auditivas: Zumbidos. Otitis a repetición. Disminución de la audición. Sordera. Uso de audífonos. Otros.

Enfermedades Respiratorias: Tuberculosis. Asma bronquial. Alergias. Broncoespasmos. Neumonías. Otros.

Enfermedades Cardiacas: Palpitaciones. Infartos. Marcapasos. Presión alta. Indique que valor? Dolor en el pecho. Cardiopatía congénita. Otros.

Enfermedades Abdominales: Digestión lenta. Gastritis. Ulceras. Afecciones de vesícula. Cálculos. Hepatitis. Pancreatitis. Moviliza intestino diariamente? Si No. Enfermedades renales. Cálculos. Infecciones urinarias a repetición. Hemorroides. ¿Ha tenido pérdidas de sangre? Hernias. Eventraciones. Apendicitis.

Enfermedades Ginecológicas: Menstrúa mensualmente. Presenta flujo vaginal. ¿Se ha realizado Papanicolou? ¿Cuándo? Colposcopia. ¿Cuándo? Mamografía. ¿Cuándo? Embarazos. ¿Cuántos? Partos. ¿Cuántos? Cesáreas ¿Cuántas? Abortos ¿Cuántos? Hijos. ¿Cuántos? Vivos ¿Cuántos? ¿Presentó presión alta o diabetes en el embarazo? Prolapsos. Tratamiento hormonal. Tumores. Otras.

Enfermedades Metabólicas: Diabetes. Gota. Enfermedades de tiroides. Colesterol alto. ¿Cuándo se hizo el último análisis de sangre?

Enfermedades Locomotoras: Amputaciones. Malformaciones. Prótesis. Pérdida de fuerzas. Hernias de disco. Desviaciones de columna.

Otras Enfermedades:

Indicar Peso y Altura.

Cirugias. ¿Cuáles y Cuándo?

Fuma: ¿Que? ¿Cuánto por día?

Bebe: ¿Que? ¿Cuántos vasos?

¿Consume tranquilizantes u otros Remedios?

Vacunas: B.C.G. Hepatitis. Antigripal. Otras.

Antecedentes Familiares. Padre: vivo, fallecido. Enfermedades padecidas.

Madre: viva, fallecida. Enfermedades padecidas.

ADVERTENCIA: LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA, Y SERÁ CONSIDERADO COMO FALTA GRAVE Y COMUNICADO EN FORMA INMEDIATA AL ORGANISMO QUE PROPONE SU DESIGNACIÓN.

Lugar y fecha:

Firma del Agente

DIRECCIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS P.C.I.A. DE B.S.As.
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA N° (Consignar N° Documento)

1. DATOS PERSONALES
D.O.C.L.E. L.C. D.N.I. APELLIDO: _____ NOMBRES: _____
FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: SEXO: ANTIGÜEDAD:
ESTADO CIVIL: _____ NIVEL DE EDUCACIÓN: UNIV. SEC. PRIM. S/FORM. EDUC.
DOMICILIO: _____ N° _____ LOCALIDAD: _____
ORGANISMO: _____ DEPENDENCIA: _____
CARGO: _____ DISTRITO: _____

2. EXAMEN CLÍNICO
ESTADO ACTUAL (N-NORMAL O-OBSERVADO NE-NO EXAMINADO)
EVALUACIÓN CLÍNICA
(MARCAR CON "X" LA COLUMNA CORRESPONDIENTE)

	N	O	NE	N	O	NE
1. Cabeza						
2. Cuello						
3. Tórax						
4. Pulmones						
5. Glándulas Mamarias						
6. Corazón						
7. Examen Vascular Perif.						
8. Tensión arterial						
9. Abdomen						
10. Hernias-Eventraciones						
11. Urogenitales						
12. Columna						
13. Extremidades						
14. Sistema Nervioso						
15. Marcha y postura						

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

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico

3. OFTALMOLOGÍA
AGUDEZA VISUAL, FONDO DE OJO, ETC.: _____

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

OTORRINOLARINGOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

5. PSIQUIATRÍA / PSICOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

6. ODONTOLOGÍA

FECHA: / /

Firma y Sello del Odontólogo

7. ELECTROCARDIOGRAMA

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Especialista

8. RADIOLOGÍA

TELE DE TÓRAX: _____

PANORÁMICA DE COLUMNA: _____

FECHA: / /

Firma y Sello del Médico Clínico

9. DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento **no estar** en uso de licencia por enfermedad **ni tener** conocimiento de padecer afección alguna

FECHA: / /

Firma del Agente

10. OBSERVACIONES

11. CONCLUSIONES

FECHA: / /

Sello Hospital

~~Firma~~ y Sello del Director del Hospital

NOTA: ADJUNTAR INFORME DE LABORATORIO

14

PSICOLOGÍA (Cuestionario)

HISTORIA CLÍNICA N°

11 11 11 11 11 11 11 11 11 11

(Consignar N° Documento)

Apellido y Nombres:

Edad:

Tarea:

MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA

1.	Ha sufrido o sufre frecuentemente crisis de	llanto	tristeza	angustia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
2.	Ha sentido o siente frecuentemente	asfixia	ahogo	palpitaciones	temblores	sudoración	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Ha sufrido o sufre frecuentemente	insomnio ?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4.	Ha tenido o tiene frecuentemente	pesadillas ?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5.	Ha sufrido pérdidas importantes que hayan modificado su forma de ser ?	Tipo de pérdida:				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6.	Ha sufrido o sufre miedos frecuentemente ?	Cuales?:				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7.	Ha sufrido golpes en la cabeza de importancia ?	Causas:				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8.	Ha tenido o tiene convulsiones ?	Causas:				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
9.	Ha tenido o tiene idea de hacerse daño a si mismo ?	Causas:				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10.	Habitos:	Tabaco	Alcohol	Drogas	Otros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11.	Cómo utiliza el tiempo libre ?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

12. Cuando está nervioso ha notado cambios y/o trastornos corporales y fisiológicos ? Si No
Cuáles: _____

13. Tiene estados depresivos durante el día ? Si No

En que momento ? : _____
14. Ha recibido tratamiento ? Si No
Psicológico Si No
Psiquiátrico Si No
Neurológico Si No

15. Ha tomado o toma medicación para los nervios ? Si No
Cuál ? : _____

16. Ha estado o esta con licencia por ? Si No
Psicología Si No
Psiquiatria Si No
Neurología Si No

17. Ha tenido o tiene dificultades con el deseo y/o la actividad sexual ? Si No
Motivos: _____

Esta encuesta tiene valor de Declaración Jurada

Firma y Aclaración del Agente

Para ser llenado por el Psicólogo

CONCLUSIONES:

Firma del Psicólogo

Sello del Psicólogo:

INFORME DE LABORATORIO

Apellido y Nombre:
 D.N.I.-L.C.-L.E.
 Edad:

Fecha:
 Hist Clínica:
 Talla (m)
 Peso (Kg):

ANALISIS DE SANGRE

Hemograma
 (Método: Contador hematológico automático)

Analisis Químico:
 (Métodos: Enzimático/cinéticos con autoanalizador)

Leucocitos/mm³.....
 Eritrocitos/mm³.....
 Hematocrito.....
 Hemoglobina.....
 Plaquetas/mm³.....

g/dl
 %

Glucosa..... mg/dl
 Urea..... mg/dl
 Acido Úrico..... mg/dl
 Creatinina..... mg/dl
 Colesterol Total..... mg/dl
 Colesterol HDL..... mg/dl
 Colesterol LDL..... mg/dl
 Colesterol VLDL..... mg/dl
 Riesgo Aterogénico.....
 Triglicéridos..... mg/dl

Formula Leucocitaria:
 Neutrófilos..... %
 Eosinófilos..... %
 Linfocitos..... %
 Monocitos..... %

T.G.O..... U/l
 T.G.P..... U/l
 Fosfatasa Alcalina..... U/l

Eritrosedimentación:

1ª hora..... mm

V.D.R.L.....

TP-PA.....

Marcadores serológicos para Sífilis:

Marcadores serológicos para Chagas:

H.A.I.....
 A.P.G.....
 E.I.A.....
 I.F.I.....

ANALISIS DE ORINA

1-Exámen fisicoquímico

2-Exámen microscópico

PH.....
 Densidad.....
 Proteínas.....
 Glucosa.....
 Hemoglobina.....
 Cuerpos cetónicos.....
 Pigmentos biliares.....
 Otros:

Leucocitos.....
 Células epiteliales.....
 Glóbulos de pus.....
 Hematíes.....
 Mucus.....
 Cilindros.....
 Cristales.....
 Otros:

Observación:

Firma y Sello

