

ENTREGAR COPIA A TODOS LOS /DOCENTES.

INSTRUCTIVO PARA LA REALIZACION 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 OFTALMOLOGICO COMPLETO**: Debe consignarse la agudeza visual sin y con corrección, **expresado en décimas, por especialista**.
4. **EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGICO**: 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 Cardíacas: Palpitaciones. Infartos. Marcapasos. Presión alta. Indique que valor? Dolor en el pecho. Cardiopatía congénita. Otros.

Enfermedades Abdominales: Digestión lenta. Gastritis. Úlceras. Afecciones de vesícula. Cálculos. Hepatitis. Pankreatitis. 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.

Cirugías. ¿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 PCIA. DE Bs.As.
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA N° (Consignar N° Documento)

1. DATOS PERSONALES

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

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

4. 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**

PSICOLOGÍA (Cuestionario)

HISTORIA CLÍNICA N° [][][][][][][][] (Consignar N° Documento)

Apellido y Nombres: _____

Edad: Tarea:

MARQUE CON UNA ☒ LO QUE CORRESPONDA

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

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 ?

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 ?

Psicología	Si ☐	No ☐
Psiquiatría	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:

Fecha:

D.N.I.-L.C.-L.E:

Hist. Clínica:

Edad:

Peso (Kg):

Talla (m)

ANALISIS DE SANGRE

Hemograma

(Método: Contador hematológico automático)

Leucocitos/mm3
Eritrocitos/mm3
Hematocrito %
Hemoglobina g/dl
Plaquetas/mm3

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos %
Eosinófilos %
Basófilos %
Linfocitos %
Monocitos %

Eritrosedimentación:

1ª hora mm

Analisis Químico:

(Métodos: Enzimático/cinéticos con autoanalizador)

Glucosa mg/dl
Urea mg/dl
Acido Urico 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
T.G.O. U/l
T.G.P. U/l
Fosfatasa Alcalina U/l

Marcadores serológicos para Sífilis:

V.D.R.L. TP-PA

Marcadores serológicos para Chagas:

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

ANALISIS DE ORINA

1-Exámen fisicoquímico

PH
Densidad
Proteínas
Glucosa
Hemoglobina
Cuerpos cetónicos
Pigmentos biliares
Otros:

Observación:

2-Exámen microscópico

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

Firma y Sello