

**PROVINCIA DE BUENOS AIRES
GOBERNACIÓN
DIRECCIÓN DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS**

EXPEDIENTES: LA PLATA...../...../.....
MINISTERIO/SEC. DE INSPECCIÓN
AGENTE:
DOMICILIO:

Por la presente comunico a Ud., que deberá comparecer a esta Dirección de Reconocimientos Médicos. Calle 14 N° 1176 de la ciudad de La Plata, el día/...../..... a las **8:00 hs. PUNTUALMENTE** a fin de realizar el examen psicofísico que le impone la legislación vigente.

INDICACIONES:

- 1- Deberá concurrir con **ayuno de 12 hs.** estrictamente.
- 2- Traer la **primera orina** de la mañana en un frasco limpio y seco, **cerrado herméticamente** (mujeres en período menstrual efectuar la toma de muestra con tampón vaginal).
- 3- Traer **aguja 25x8** (verde) y **jeringa de 10ml.**
- 4- Descanso auditivo por 8hs. (**NINGUN TIPO DE AURICULARES, RUIDOS FUERTES, ETC.**)
- 5- No presentarse si está en uso de **CARPETA MÉDICA** o **cualquier tipo de LICENCIA.** Ni **A.R.T** ni con **Recalificación Laboral**
- 6- Concurrir con documento de identidad o cédula
- 7- Consignar escuela o dependencia y Tareas designadas.
- 8- **PRESENTARSE A LAS 8HS. PUNTUALMENTE**

AREA DE INGRESOS Y EXAMENES EN SALUD

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
GOBERNACIÓN

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

CERTIFICO que Don/ña _____

Documento N° _____ Examinado en _____

ha sido declarado **APTO** para el cargo designado.

Ministerio: _____ Dependencia: _____

Cargo: _____ Distrito: _____

La Plata, _____ de _____ de _____

DIRECCIÓN DE MEDICINA OCUPACIONAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

DEPARTAMENTO EXÁMENES EN SALUD E INGRESOS.

Sello repartición

Sello y Firma del Médico

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
GOBERNACIÓN

CONSTANCIA

Por la presente **hago constar** que Don/ña _____

LE - LC - DNI N° _____ **HA CONCURRIDO** en la fecha a esta Dirección de Medicina
Ocupacional para efectuar el **Examen de Aptitud Psicofísica.**

La Plata, _____ de _____ de _____

DIRECCIÓN DE MEDICINA OCUPACIONAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

DEPARTAMENTO EXÁMENES EN SALUD E INGRESOS.

Sello Repartición

Firma y Sello

DIRECCIÓN DE MEDICINA OCUPACIONAL 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