

ANEXO V

EXAMEN PREOCUPACIONAL

(Escribir con letra legible – Lea las instrucciones de llenado consignadas al final del documento)

Fecha de elaboración:...../...../.....

Declaro que la información suministrada es completa y verídica. Declaro conocer y aceptar que la falsedad u omisión de la información requerida será causal para la exclusión del beneficio de pase a Planta Permanente, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles o penales que correspondan.

1 – Datos de filiación

Apellido y Nombre:

Fecha y lugar de Nacimiento:

DNI N°:..... Edad actual:..... Estado Civil..... Hijos:.....

Domicilio:..... N°:..... Barrio:.....

Teléfono:.....

2 – Situación laboral actual

Repartición:..... Fecha de ingreso:...../...../.....

Tipo de Contrato (Obra / Servicio):..... Categoría:..... Antigüedad:.....

Función:.....

3 – Antecedentes Familiares (Padre, Madre, Hermanos o Hijos)

Diabetes:..... Tiroides:..... Dislipidemia:.....

Alergias:..... Epilepsia:..... Cáncer:.....

Cardiopatías..... Vasculopatías:..... Colagenopatías:.....

Litiasis:..... Psicopatías:.....

Inmunodeficiencias:

4 – Antecedentes Personales:

4 a) HABITOS

Fuma: SI / NO. Cantidad:..... Tiempo (en años):.....

Bebe Alcohol: SI / NO. Volumen:..... Tiempo (en años):.....

Medicamentos: SI / NO. Tipo y dosis:.....

Sedentarismo: SI / NO. Práctica:..... Frecuencia:.....

4 b) SENSIBILIZACIONES O ALERGIAS: SI/NO

Alérgeno: Laboral / Medicamento.

4 c) Patológicos: SI/NO. Diagnóstico y edad:.....

.....

4 d) Quirúrgicos: SI/NO. Intervención y fecha:.....

.....

ANEXO V

4 e) Traumáticos: SI/NO. Diagnóstico y fecha:.....

.....

4 f) Vacunaciones recientes: SI/NO. Fechas:.....

.....

4 g) Último control odontológico:.....

4 h) Último control clínico:

4 i) Tiene o ha tenido alguna vez enfermedad (marque la que corresponda):

Cardiológica:..... Hepática:..... Digestiva:..... Tiroidea:..... Endócrina:..... Tóxica:.....

Respiratoria:..... Parasitosis:..... Renal:..... Hemática:..... Oftalmológica:..... ORL:.....

Neurológica:..... Psiquiátrica:..... Raquis:..... Extremidades:..... Tórax:..... Cabeza:.....

Infectocontagiosa:..... Genitourinaria:..... Otra:.....

Describa la patología y fecha o edad:.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 j) ¿Tiene médico particular? SI/NO Nombre del Profesional.....

.....

.....

Firma y Aclaración del Interesado

ANEXO V

5- Estudios e interconsultas: Resaltar los hallazgos de importancia

5 – 1) LABORATORIO

Hemograma:.....
Eritrosedimentación:..... Glucemia:..... Uremia:.....
V.D.R.L:..... Mantoux:..... R para Chagas:.....
Orina completa:.....

5 – 2) RADIOLOGIA

Rx de tórax (frente):.....
Rx lumbosacra (frente y perfil):.....

5 – 3) CARDIOLOGIA

Ex. Cardiovascular y E. C. G. Informado:.....
.....

5 – 4) OFTALMOLOGIA

Examen completo:.....
.....

5 – 5) O.R.L.

Examen completo:.....
.....
Audiometría:.....
.....

5 – 6) PSICODIAGNOSTICO LABORAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES: Cuando las actividades a desarrollar por el agente impliquen riesgos para sí, terceros o instalaciones, el evaluador podrá requerir e informar resultados de estudios Neurológicos, o complementarios de los solicitados supra.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 – Diagnostico por Códigos (CIE 10)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO V

7 – **Aptitud Laboral**: destaque la que corresponda

A: Apto para todo trabajo (A. T. T.)

B: Aptitud condicionada para Todo Trabajo (A. C. T. T.)

C: Aptitud Disminuida para Requerimientos especiales al puesto de trabajo (A. D. R.) Afecciones generales compensadas (diabetes, cáncer).

D: Aptitud Limitada para la mayoría de los trabajos (A. L.) Minusvalía física evidente (enucleación de un ojo, amputación)

E: No Apto (N. A.)

Interpretación de la Aptitud Laboral

A – B y C: Son aptos con sus limitaciones

D y E: La admisión queda librada a criterio de los empleadores.

.....

Firma del Médico evaluador

.....

Matrícula Profesional – Sello

.....

DNI N°

Instructivo:

1. Los apartados 1) a 4) deben ser llenados por el agente interesado o por un profesional médico del Centro Sanitario, y tienen el carácter de Declaración Jurada.
2. Los apartados 5) a 9) deben ser llenados por los profesionales del Centro Sanitario, habilitados para la expedición del apto psicofísico para el cargo. En caso de que la tarea vaya a ser realizada en zonas inhóspitas o de altura, deberá hacerse constar que el postulante se encuentra apto para la misma
3. Se deben acompañar al presente examen la totalidad de los estudios y análisis clínicos practicados al agente.