



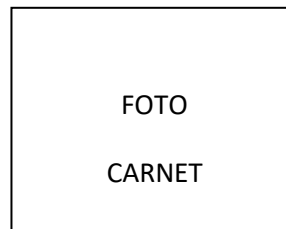
ANEXO RESOLUCION N° 121/16

FORMULARIO DE EXÁMEN PSICOFÍSICO PARA ASPIRANTES Y AGENTES DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA DEPENDIENTES DEL PODER EJECUTIVO PROVINCIAL

FECHA.../..../....

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

NOMBRE Y APELLIDO:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:.....
.....
EDAD:.....
DNI:.....
CUIL:
ESTADO CIVIL:.....
DIRECCIÓN Y LOCALIDAD.....
TELÉFONO:.....
ORGANISMO:.....
TAREAS A REALIZAR:.....
.....



ANTECEDENTES LABORALES:

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

DECLARACIÓN JURADA

ANTECEDENTES FAMILIARES				
	PARENTEZCO	ENFERMEDAD	FALLECIDO	EDAD AL FALLECER
	PADRE			
	MADRE			
	HERMANOS			
	OTROS.....			

HÁBITOS			
TÓXICOS	SI	NO	
Bebidas alcohólicas			
Psicotrópicos			
Drogas adictivas			
OTROS			
Dietas			
Deportes			
Otros.....			



INFORME PERSONAL

	PREGUNTA	SI/NO	DESCRIPCIÓN
1	¿TOMA MEDICAMENTOS?		
2	¿PERDIÓ PESO RECIENTEMENTE?		
3	¿ES PORTADOR DE ALGUNA ENFERMEDAD VIRÓSICA?		
4	¿PORTA ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA?		
5	¿TIENE PALPITACIONES?		
6	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?		
7	¿SE LE HINCHAN LOS TOBILLOS?		
8	¿TIENE DOLORES EN EL PECHO?		
9	¿PRESIÓN ARTERIAL ALTA?		
10	¿ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO?		
11	¿ALERGIA?		
12	¿MALESTAR O DOLOR DE ESTOMAGO?		
13	¿VÓMITOS?		
14	¿DIARREAS?		
15	¿ENFERMEDAD HEPÁTICA?		
16	¿TOSE A MENUDO?		
17	¿TOSIÓ CON SANGRE ALGUNA VEZ?		
18	¿LE HA FALTADO EL AIRE?		
19	¿VIVÍO CON ALGUNA PERSONA CON TUBERCULOSIS?		
20	¿TIENE DOLORES DE HUESOS O ARTICULACIONES?		
21	¿DOLORES DE CABEZA FRECUENTES?		
22	¿HORMIGUEO O FALTA DE SENSIBILIDAD?		
24	¿SIENTE FRECUENTES MAREOS?		
25	¿TIENE ÉPOCAS DE INSOMNIO?		
26	¿TIENE ÉPOCAS DE IRRITABILIDAD?		
27	¿HÁ RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?		
28	¿SUFRE DE DIABETES?		
29	¿TUVO ALGÚN ACCIDENTE SERIO?		
30	¿TUVO FIEBRE REUMÁTICA?		
31	¿ORINÓ ALGUNA VEZ SANGRE?		
32	¿TUVO ENFERMEDADES VENÉREAS?		
33	¿ASMA?		
34	¿FUÉ DADOR DE SANGRE ALGUNA VEZ?		
35	¿RECIBIÓ SANGRE ALGUNA VEZ?		
36	¿TUVO CHAGAS?		
37	¿HEPATITIS?		
38	¿ESTÁ VACUNADO CONTRA LA HEPATITIS B? ¿CUÁNTAS DOSIS?		
39	¿UD. CREE QUE SU SALUD ESTÁ DESMEJORANDO? ¿DESDE CUÁNDO?		

El que suscribe.....D.N.I./L.E/L.C..... declara que la información suministrada es completa y verídica.

Firma:.....



EXAMEN CLÍNICO GENERAL

ASPECTO GENERAL

Estatura:.....
Peso:
Defectos físicos:.....
Adenopatías:.....
Otros:.....

PIEL

Color:.....
Tropismo:.....
Temperatura:.....
Cicatrices:.....
TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
Normal:.....
Nódulos:.....
Edemas:.....
Otros:.....

APARATO CARDIOCIRCULATORIO

Área cardíaca:.....
Pulso radial:.....
Pulso periférico:
Tonos cardíacos:.....
Tensión arterial:.....
Otros:.....

APARATO RESPIRATORIO

Tipo de tórax:.....
Tipo respiratorio:.....
Auscultación:.....
Otros:.....

ABDOMEN

Inspección:.....
Palpación.....
Otros:.....

APARATO GENITOURINARIO

Hernias:.....
Varicocele:.....
Hemorroides:.....
Otros:.....

APARATO LOCOMOTOR

Marcha:.....
Columna:.....
Movilidad:
Escoliosis:
Lordosis:
Cifosis:
Miembro superior:.....
Miembro inferior:.....
Arcos plantares:.....
Várices:.....
Otros:.....

SISTEMA NERVIOSO

.....

VISIÓN

Agudeza visual:.....
OD:.....
OI:.....
Visión de colores:.....

AUDICIÓN

.....

GARGANTA –NARIZ

.....

.....

FIRMA



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OBLIGATORIOS:

- 1) RADIOGRAFIAS DE TÓRAX (FRENTE); DE COLUMNA LUMBOSACRA (FRENTE Y PERFÍL).
- 2) ELECTROCARDIOGRAMA CON INFORME CARDIOLÓGICO.
- 3) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CON INCLUSIÓN DE TEST PROYECTIVOS Y PSICOMÉTRICOS.
- 4) EVALUACIÓN DEL OTORRINOLARINGÓLOGO (EN CASO DE PERSONAL DOCENTE).
- 5) EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA.
- 6) LABORATORIO: CON GRUPO SANGUINEO Y FACTOR. HEMOGRAMA, ERITROSEDIMENTACIÓN, UREMIA, GLUCEMIA Y ORINA COMPLETA.
- 7) LOS ESTUDIOS TIENEN UNA VIGENCIA DE 60 (SESENTA) DÍAS DESDE EL MOMENTO EN QUE HAN SIDO REALIZADOS.

EXCLUSIVO PARA DIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA.

A- APTO PARA TODO TIPO DE TAREAS

B- APTO CON PREEXISTENCIAS

C- NO APTO PARA TAREA PROPUESTA

OBSERVACIONES:

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

Fecha...../...../.....

.....
FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR