



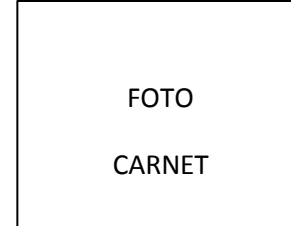
FORMULARIO DE EXAMEN PSICO FÍSICO PARA ASPIRANTES Y AGENTES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEPENDIENTES DEL PODER EJECUTIVO PROVINCIAL.

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

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

NOMBRE Y APELLIDO:
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:.....
 EDAD:
 DNI:
 ESTADO CIVIL:
 TAREAS A REALIZAR:

 SECTOR:
 TELÉFONO:
 DIRECCIÓN Y LOCALIDAD:
 ANTECEDENTES LABORALES



.....

DECLARACIÓN JURADA

ANTECEDENTES FAMILIARES			
PARENTESCO	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 CARDÍACA?		
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 ESTÓMAGO?		
13	¿VÓMITOS?		
14	¿DIARREAS?		
15	¿ENFERMEDAD HEPÁTICA?		
16	¿TOSE A MENUDO?		
17	¿TOSIÓ CON SANGRE ALGUNA VEZ?		
18	¿LE HA FALTADO EL AIRE?		
19	¿VIVIÓ 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	¿HA 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	¿FUE 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 (VÁLIDO POR 60 DÍAS)

- 1) RADIOGRAFÍAS 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) H.I.V., HEPATITIS B. Y V.D.R.L. (EN CASO DE PERTENECER AL MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO).

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