

# DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA

## APELLIDO y NOMBRE:

## DNI:

**Enfermedades Neurológicas:** Cefalea. Epilepsia Convulsiones. Pérdida 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. Bronco espasmos. Neumonías. Otros...

**Enfermedades Cardiacas:** Palpitaciones. Infartos. Marcapasos. Presión alta. Indique que valor..... Dolor en el Pecho. Cardiopatía congénita. Otros...

**Enfermedades Abdominales:** Digestión Lenta. Gastritis. Ulceras. Afecciones de vesícula. Cálculos. Hepatitis. Pancreatitis. Moviliza Intestino diariamente? SI, NO. Enfermedades renales. Cálculos. Infecciones Urinarias a repetición. Hemorroides. ¿ha tenido pérdida de sangre?. Hernias. Eventraciones. Apendicitis.

**Enfermedades Ginecológicas:** Menstrua mensualmente. Presenta flujo vaginal. ¿se ha realizado Papanicolaou? ¿Cuándo? Colposcopia. ¿Cuándo? Mamografía. ¿Cuándo? Embarazos ¿Cuántos? Partos ¿Cuántos? Cesarías ¿Cuántos? Abortos ¿Cuándo? Hijos ¿Cuántos? Vivos ¿Cuántos? ¿Presento presión alta o diabetes en el embarazo? Prolapsos. Tratamientos Hormonales. Tumores. Otros...

**Enfermedades Metabólicas:** Diabetes. Gota. Enfermedades de Tiroides. Colesterol Alto.

**Enfermedades Locomotoras:** Amputaciones. Malformaciones. Prótesis. Perdida de fuerzas. Hernias de disco. Desviaciones de columnas.

## Otras enfermedades:

Indicar Peso y altura:

Cirugías: ¿Cuáles y Cuando?

Fuma: ¿Qué? ¿Cuántos por día?

Bebe: ¿Qué? ¿Cuántos vasos?

¿consume tranquilizantes u otros remedios?

Vacunas: BCG. Hepatitis. Antigripal. Otras.

## Antecedentes Familiares

PADRE: Vivo. Fallecido. Enfermedades padecidas.

MADRE: Viva. Fallecida. Enfermedades padecidas.

**ADVERTENCIA: LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y SERÁN CONSIDERADOS COMO FALTA GRAVE Y COMUNICADO EN FORMA INMEDIATA AL ORGANISMO QUE PROPONE SU DESIGNACIÓN.**

Lugar y Fecha:

Firma del Agente:

HISTORIA CLINICA- DOCUMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

**DATOS PERSONALES (LLENARLO COMPLETO)**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NIVEL DE EDUCACIÓN: UNIV \_\_\_\_ TERC \_\_\_\_ SEC \_\_\_\_ PRIM \_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ORGANISMO-MINISTERIO: \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ DISTRITO \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLÍNICO**

ESTADO ACTUAL (N - NORMAL O – OBSERVADO NE – NO EXAMINADO)

**EVALUACION CLINICA (LO LLENA EL PROFESIONAL)**

	N	O	NE		N	O	NE
1 .Cabeza				9. Abdomen			
2.Cuello				10. Hernias-Eventraciones			
3.torax				11. Urogenitales			
4.pulmones				12. Columna			
5.Glandulas Mamarias				13. Extremidades			
6.Corazon				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)

**Clínica Medica:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Oftalmología:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Fonoaudiología (ADJUNTAR AUDIOMETRÍA):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Otorrinolaringología:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Psicología:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Odontología:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Radiología:**

Tele de Torax: \_\_\_\_\_

Panorámica de Columna: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**Declaración Jurada:**

Declaro bajo Juramento NO ESTAR en uso de ningún tipo de LICENCIA ni por enfermedad, ni tener conocimiento de padecer afección alguna

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Conclusiones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello Hospital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico

DIRECCIÓN DE MEDICINA OCUPACIONAL – Provincia de Buenos Aires.

Departamento de Ingresos y Exámenes en Salud.

Cuestionario de Psicología

(Deberá presentarse completo al momento de la entrevista).

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____ Edad: _____ Tarea: _____
---

1. Padece o ha padecido crisis de: - Llanto - Tristeza - Angustia Causas? _____
2. Tiene o ha tenido episodios de insomnio? Los pudo resolver de alguna forma, cómo? _____ _____
3. Mencione experiencias traumáticas que le hayan sucedido: _____
4. A qué situaciones le teme? Ha buscado resolverlas de alguna forma: _____ _____
5. Sufrió golpes en la cabeza ? Motivo: _____ _____
6. Tiene o ha tenido convulsiones? Conoce las causas: _____
7. Reconoce tener conductas que lo ponen en riesgo? Cuáles: _____ _____
8. Qué tareas realiza fuera del horario laboral? _____ _____

9. Frente a situaciones estresantes qué síntomas tiene? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Ha realizado Tratamiento: - Psicológico  
- Psiquiátrico  
- Neurológico

Cuándo? \_\_\_\_\_

11. Ha estado con tratamiento psicofarmacológico? En qué momento, causas que lo originaron: \_\_\_\_\_

Medicación (Nombre y dosis administrada) \_\_\_\_\_

12. Ha tomado licencia: - Psicológica  
- Psiquiátrica  
- Neurológica

Fecha y duración de la misma: \_\_\_\_\_

Causas / Diagnóstico: \_\_\_\_\_

13. Dentro de las tareas laborales que realiza, cuáles lo motivan y que preferiría no hacer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Esta encuesta tiene valor de Declaración Jurada**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Aclaración del Agente**

**CONCLUSIONES:**

**Firma del Psicólogo**

**Sello del Psicólogo.**

# INFORME DE LABORATORIO

**APELLIDO y NOMBRE:**

**Fecha:...../...../.....**

**DNI:**

**EDAD:**

**PESO (Kg):**

**Talla: (m)**

## ANÁLISIS DE SANGRE

### Hemograma:

(método: Contador hematológico automático)

Leucocitos/mm<sup>3</sup>.....  
Eritrocitos/mm<sup>3</sup>.....  
Hematocrito.....  
Hemoglobina..... %g/dl  
V.C.M..... u<sup>3</sup>  
H.C.M..... pg  
C.H.M.C..... %  
Plaquetas/mm<sup>3</sup>.....  
. .

### Análisis Químico:

(método: Enzimático/cinético con autoanalizador)

Glucosa..... Mg/dl  
Urea..... Mg/dl  
Ácido Úrico..... Mg/dl  
Creatinina..... Mg/dl  
Clearance de creatinina..... Mg/dl  
Colesterol Total..... Mg/dl  
Colesterol HDL..... Mg/dl  
Colesterol LDL..... Mg/dl  
Colesterol VLDL..... Mg/dl  
Riesgo Aterogénico.....  
  
Triglicéridos..... Mg/dl

### Formula Leucocitaria:

Neutrófilos..... %  
Eosinófilos..... %  
Basófilos..... %  
Linfocitos..... %  
Monocitos..... %

T.G.O..... U/l  
T.G.P..... U/l  
Fosfatasa Alcalina..... U/l  
Gamma-GT..... U/l

### Eritrosedimentacion:

1 hora..... mm

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.....

### ANÁLISIS DE ORINA

#### **1. Examen Físicoquímico**

PH.....  
Densidad.....  
Proteínas.....  
Glucosa.....  
Hemoglobina.....  
Cuerpos cetonicos.....  
Pigmentos Biliales.....  
Otros:

#### **2. Examen microscópico**

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

### OBSERVACIONES

**FIRMA Y SELLO**