

## **INSTRUCTIVO EXAMEN PRE-LABORAL PARA INGRESANTES A LAS RESIDENCIAS 2020**

Los postulantes a ingresar a residencias del Siprosa Concurso 2020 deben realizar obligatoriamente el examen pre-laboral siguiente:

- 1- Deben completar la Declaración Jurada de Enfermedades Pre-existentes adjunta al final de este documento (Llevarla impresa y firmada a la institución el día del Examen Pre-Laboral).
- 2-Análisis de Rutina (Dar consentimiento informado para análisis de HIV). Llevar impreso pedido Adjunto en este Documento.
- 3-Rx de Tórax (F) y Rx de Columna Lumbosacra (F y P). Llevar impreso pedido Adjunto en este Documento.
- 4- Los postulantes de las residencias de Hematología, Epidemiología, Ingeniería Clínica, Psicología y Psiquiatría de los Hospitales del Carmen y Obarrio serán citados por email a través de RRHH del Hospital Néstor Kirchner para efectuar en esa institución el examen pre-laboral.
- 5- El resto de los postulantes deberán presentarse el Lunes 28/09/2020 a 07:30 hs en la entrada principal del hospital en donde figuran como adjudicatarios para su especialidad.
- 6-Los postulantes a ingresar en el Hospital Regional de Concepción, deben presentarse en la oficina de personal de dicho Hospital.
- 7-Postulantes a Residencias Posbásica, que finalizan su residencia en el Siprosa el 30/09/2020 no requieren efectuar el examen pre-laboral. Si deben renovar el seguro de mala praxis.



Recursos  
Humanos  
en Salud

**SOLICITUD DE  
ESTUDIOS**

Código: F - 4.0.1.3  
Fecha: 01/02/2019  
Revisión: 01  
Aprobado por: Lic. Andina Fabio  
Página [1]

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

Apellido y Nombre: .....

DNI: .....

**Laboratorio**

- Hemograma completo
- VSG
- Glucemia
- Urea
- Orina completa
- COLESTEROL TOTAL / LDL
- TRIGLICERIDOS
- GPT
- HIV



Recursos  
Humanos  
en Salud

**SOLICITUD DE  
ESTUDIOS**

Código: F - 4.0.1.3  
Fecha: 01/02/2019  
Revisión: 01  
Aprobado por: Lic. Andina Fabio  
Página [2]

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

Apellido y Nombre: .....

DNI: .....

- Rx de tórax (F)
- Rx de columna lumbosacra (F y P)



Recursos  
Humanos  
en Salud

## DECLARACION JURADA DE SALUD

Código: F- 4.0.1.2  
Fecha: 01/02/2019  
Revisión: 01  
Aprobado por: Lic. Andina Fabio  
Página [1]

Apellido y Nombre .....DNI .....Fecha .....

### Antecedentes ocupacionales – laborales

Trabaja en otro lugar Si ☐ No ☐ Actividad .....

Trabajo anteriormente Si ☐ No ☐ Actividad .....

Empresa ..... Años trabajados .....

Tuvo que dejar algún empleo por razones de salud Si ☐ No ☐ Por que:

### Hábitos

Fumó alguna vez Si ☐ No ☐ Fuma actualmente Si ☐ No ☐

Toma alcohol Si ☐ No ☐ Cuanto .....

Practica algún deporte Si ☐ No ☐ Cual .....

Tiene sueño tranquilo Si ☐ No ☐ Cuantas horas duerme .....

Otros tóxicos Si ☐ No ☐

### Antecedentes Personales

Alergia a medicamentos Si ☐ No ☐ Cual: .....

Padece alguna enfermedad Si ☐ No ☐ Cual: .....

Esta en tratamiento medico Si ☐ No ☐ Cual: .....

Fue operado alguna vez Si ☐ No ☐ Motivo: .....

Sabe de alguna enfermedad familiar de importancia Si ☐ No ☐ Cual: .....

Recibió vacunación Si ☐ No ☐

Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Tétanos ☐ Antigripal ☐ Otras: .....



Recursos  
Humanos  
en Salud

## DECLARACION JURADA DE SALUD

Código: F- 4.0.1.2  
Fecha: 01/02/2019  
Revisión: 01  
Aprobado por: Lic. Andina Fabio  
Página [2]

|                                                                              | SI | NO |                                                              | SI | NO |                                                                      | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------|----|----|
| Necesita anteojos para ver de cerca?                                         |    |    | Sufrió alguna enfermedad seria del hígado?                   |    |    | Se siente nervioso o deprimido con frecuencia?                       |    |    |
| Necesita anteojos para ver de lejos?                                         |    |    | Ha tenido alguna vez ictericia? (ojos y piel amarillos)      |    |    | Siente hormigueos o falta de sensibilidad en alguna parte del cuerpo |    |    |
| Tiene dificultad para oír?                                                   |    |    | Le ha dicho algún medico que su presión arterial es anormal? |    |    | Tuvo alguna vez convulsiones o epilepsia?                            |    |    |
| Ha sufrido infecciones en los oídos?                                         |    |    | Ha tenido alguna vez palpitaciones?                          |    |    | Ha estado en tratamiento psiquiátrico?                               |    |    |
| Ha sufrido sinusitis?                                                        |    |    | Ha sufrido dolores en el pecho?                              |    |    | Le ha dicho algún medico que padece de hernia?                       |    |    |
| Escucha ruidos constantes en los oídos?                                      |    |    | Le han dicho que sufre alguna afección cardíaca?             |    |    | Tuvo fiebre reumática?                                               |    |    |
| Le ha sangrado abundantemente la nariz?                                      |    |    | Se le hinchan con frecuencia los tobillos?                   |    |    | Ha tenido alguna enfermedad en la sangre?                            |    |    |
| Se resfría con frecuencia?                                                   |    |    | Ha tenido alguna fractura o luxación?                        |    |    | Tiene diabetes?                                                      |    |    |
| Sufre algún tipo de alergia en piel, ojos, etc                               |    |    | Siente calambres en la piernas?                              |    |    | Tiene alguna enfermedad tiroidea?                                    |    |    |
| Alguna vez sintió falta de aire con silbidos en el pecho?                    |    |    | Tiene varices o flebitis?                                    |    |    | Ha tenido algún accidente serio?                                     |    |    |
| Tose frecuentemente de noche?                                                |    |    | Tuvo erisipela?                                              |    |    | Ha tenido algún accidente de trabajo?                                |    |    |
| Alguna vez ha escupido sangre al toser?                                      |    |    | Tiene dolores de hueso o articulaciones?                     |    |    | Orinó alguna vez sangre?                                             |    |    |
| Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar?                                       |    |    | Tiene dolor de espalda, cintura o ciática?                   |    |    | Tiene dificultades para comenzar a orinar?                           |    |    |
| Se siente mal del estomago a menudo?                                         |    |    | Tiene dolores de pie o pies planos?                          |    |    | Tiene ardor o dolor al orinar?                                       |    |    |
| Que siente (subraye) dolor – acidez – eructos – ardor – vómitos – hinchazón. |    |    | Sufre dolores intensos de cabeza?                            |    |    | Tuvo alguna enfermedad en el riñon?                                  |    |    |
| Tiene episodios frecuentes de diarrea?                                       |    |    | Se desmaya con facilidad?                                    |    |    | Es portador de alguna enfermedad infecto contagiosa?                 |    |    |
| Evacua su intestino diariamente?                                             |    |    | Siente mareos con frecuencia?                                |    |    | Es portador de alguna enfermedad que deba operarse?                  |    |    |
| Notó sangre o sintió dolor al evacuar?                                       |    |    | Tuvo algún golpe en la cabeza?                               |    |    | Su mano habil es (subraye) derecha – Izquierda?                      |    |    |

|                          |            |       |
|--------------------------|------------|-------|
| Firma del trabajador     | Aclaración | DNI   |
| Firma del Medico Laboral | Aclaración | Fecha |