

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. 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 deberán presentarse 07:30 hs en el Dpto. de RRHH del hospital en donde figuran como adjudicatarios para su especialidad (confirmar día en lista de adjudicación).
- 5- Examen Psicotécnico. Oportunamente se indicará fecha y horario.



Fecha / /

Apellido y Nombre:

DNI:

Laboratorio

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



Fecha / /

Apellido y Nombre:

DNI:

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



Apellido y NombreDNIFecha

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 cardiaca?			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