

**EXAMEN PRE-LABORAL**  
**PARA INGRESANTES A LAS RESIDENCIAS DEL SIPROSA**  
**INSTRUCTIVO**

1. Los postulantes deben realizar obligatoriamente el examen pre-laboral que a continuación se indica:
  - Análisis de laboratorio
  - Estudios radiológicos
  - Examen Físico
  - Examen Psicotécnico
2. Descargar cada uno de los formularios que se adjuntan.
3. Deberán presentarse en fecha, horario y lugar que se indiquen al momento de la publicación de la nómina de los profesionales que adjudican.
4. Se efectuarán las gestiones correspondientes para coordinar que los postulantes sean recibidos en la institución por un agente referente de RRHH.
5. El referente podrá diagramar días y horarios para que se presenten los postulantes a fin de facilitar la realización del pre-laboral.

**DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES:**

- a.El postulante debe descargar la misma que se adjunta al final de este documento.
- b.Completar los datos solicitados, que tienen carácter de Declaración Jurada.
- c.Cualquier falsedad u omisión implica que el postulante puede ser excluido del Concurso en el momento de verificarse las mismas y pasible de las sanciones previstas en la Legislación y Reglamentaciones vigentes.
- d.Debe presentarla completa y firmada en el **Departamento de Salud Ocupacional sito en Virgen de la Merced 189 PB** en los días y horarios que se le informarán.

**ANÁLISIS DE LABORATORIO**

- a. Descargar y presentar el día y horario en el Laboratorio institucional que se indique.
- b. Concurrir en ayunas y llevar la orina para el análisis (1º micción matutina)
- c. Puede o no coincidir con la sede de la residencia a la que ingresa.

**RX DE TÓRX (F) Y RX DE COLUMNA LUMBOSACRA (F y P)**

- a.Descargar y presentar el día y horario en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes Institucional que se indique.
- b.Puede o no coincidir con la residencia a la que ingresa.

**EXAMEN PSICOTÉCNICO**

Se efectuará en la misma institución donde se realiza el examen pre laboral.

\*Los postulantes con cargos nacionales deberán enviar los resultados de laboratorio, Rx y examen clínico a:  
[residentesusotucuman@gmail.com](mailto:residentesusotucuman@gmail.com)

 <p><b>Recursos Humanos en Salud</b></p>	<p><b>SOLICITUD DE ESTUDIOS</b></p>	<p>Código: F - 4.0.1.3 Fecha: 01/02/2019 Revisión: 01 Aprobado por: Lic. Andina Fabio Página [1]</p>
<p style="text-align: right;">Fecha ..... / ..... / .....</p> <p>Apellido y Nombre: .....</p> <p>DNI: .....</p> <p style="text-align: center;"><b>Laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo</li> <li>• VSG</li> <li>• Glucemia</li> <li>• Urea</li> <li>• Orina completa</li> <li>▪ COLESTEROL TOTAL / LDL</li> <li>▪ TRIGLICERIDOS</li> <li>▪ GPT</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		

 <p><b>Recursos Humanos en Salud</b></p>	<p><b>SOLICITUD DE ESTUDIOS</b></p>	<p>Código: F - 4.0.1.3 Fecha: 01/02/2019 Revisión: 01 Aprobado por: Lic. Andina Fabio Página [2]</p>
<p style="text-align: right;">Fecha ..... / ..... / .....</p> <p>Apellido y Nombre: .....</p> <p>DNI: .....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx de tórax (F)</li> <li>• Rx de columna lumbosacra (F y P)</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		



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: .....



	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				