

EXAMEN PREOCUPACIONAL

Modalidad y Requisitos

Instructivo

Actualización: agosto 2024



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

ÍNDICE

| | |
|---|---|
| Solicitud de turnos | 3 |
| Modalidad y requisitos | 3 |
| a. Presencial | 3 |
| b. A distancia (envío de examen) | 4 |
| Contacto | 4 |
| Anexo A | 5 |
| Formulario Historia Clínica - Examen médico preocupacional | 5 |
| Cuestionario de Psicología | 6 |
| Modelo Planilla de Declaración Jurada a la Dirección de Salud Ocupacional | 7 |

Solicitud de turnos

El turno para el examen preocupacional se puede solicitar a través de las siguientes alternativas:

- Por las Direcciones Delegadas de la Dirección Provincial de Personal, o quienes hagan sus veces, desde **SiAPe** siguiendo la ruta: **Rec. Médicos – Preocupacional – Solicitar Turnos**.
- Por las personas trabajadoras a través del **Portal del Empleado/a** desde la página de la **Subsecretaría de Gestión y Empleo Público**, con su usuario y contraseña.
Deberá ingresar siguiendo la ruta: **Del módulo Trámites de designación - Examen de ingreso**.

Una vez allí podrá optar por las opciones que se detallan a continuación.

Modalidad y requisitos

a. Presencial

Para la realización del examen preocupacional de manera presencial deberá presentarse en la fecha seleccionada, a las 8:00 hs. puntualmente en el edificio de la Dirección de Salud Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 e/ 56 y 57 de la Ciudad de La Plata.

Tener en cuenta:

- No presentarse si está en curso de licencia médica o cualquier otro tipo de licencia.
- Presentarse con DNI y comprobante de turno.
- Traer planilla de declaración jurada de Salud Laboral.
- Ayuno estricto de 12:00 hs.
- Traer primera orina de la mañana en frasco limpio y bien cerrado.
- Descanso auditivo de 8 hs (no usar auriculares ni someterse a ruidos fuertes).

Una vez completado el trámite, le llegarán a la dirección de mail declarada en el Portal del Empleado/a la constancia de concurrencia y el certificado de aptitud.

b) A distancia (envío de examen)

En el caso de que se opte por el envío de la documentación, ésta deberá ser enviada en sobre cerrado al edificio de la Dirección de Salud Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 e/ 56 y 57 CP 1900 de la Ciudad de La Plata, con el siguiente detalle:

- Formularios de **Historia Clínica y Cuestionario de Psicología**, impresos y completos. Ver modelo Anexo A.
- Planilla de **Declaración Jurada** a la Dirección de Salud Ocupacional.
- Historia Clínica completa de cada especialidad, ECG, Audiometría tonal, Teleradiografía tórax, Laboratorio (hto, ers, glucemia, urea, creatinina, Ac. Úrico, hepatograma, perfil lipídico, orina completa).

Las planillas y formularios mencionados se encuentran disponibles tanto en el [Portal del Empleado/a](#) accediendo como se mencionó anteriormente, y en la página de la [Subsecretaría de Gestión y Empleo Público](#) en la sección Salud Ocupacional.



CONTACTO

Ante cualquier duda o inquietud que tengas comunicate con nosotros por estas vías:



dpto.ingresos@gmail.com



(0221) 521 - 5602

Modelo cuestionario de Psicología

CUESTIONARIO DE PSICOLOGÍA
Departamento de Ingresos y Exámenes en Salud
(Deberá presentarse completo al momento de la entrevista)

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

1. ¿Cómo se conforma su familia? _____

2. Padece o ha padecido crisis de: Llanto | Tristeza | Angustia
¿Causas? _____

3. ¿Tiene o ha tenido episodios de insomnio? ¿Los pudo resolver de alguna

4. Mencione experiencias traumáticas que le hayan sucedido: _____

5. ¿A qué situaciones le teme? ¿Ha buscado resolverlas de alguna forma? _____

6. ¿Sufrió golpes en la cabeza? Motivo: _____

7. ¿Tiene o ha tenido convulsiones? ¿Conoce las causas? _____

8. ¿Reconoce tener conductas que lo ponen en riesgo? ¿Cuáles? _____

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL | DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO | SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN Y EMPLEO PÚBLICO | SECRETARÍA GENERAL

CUESTIONARIO DE PSICOLOGÍA

9. ¿Qué tareas realiza fuera del horario laboral? _____

10. ¿Frente a situaciones estresantes qué síntomas tiene? _____

11. Ha realizado tratamiento: Psicológico | Psiquiátrico | Neurológico *(Marcar la que corresponda)*
¿Cuándo y por qué motivo? _____

12. ¿Ha estado con tratamiento psicofarmacológico? ¿En qué momento? Causas que lo originaron:


Medicación (Nombre y dosis administrada) _____

13. Ha tomado licencia: Psicológica | Psiquiátrica | Neurológica *(Marcar la que corresponda)*
Fecha y duración de la misma: _____
Causas / Diagnóstico: _____

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

ESTE CUESTIONARIO TIENE VALOR DE DECLARACIÓN JURADA

Firma y aclaración del/de la agente _____

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL | DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO | SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN Y EMPLEO PÚBLICO | SECRETARÍA GENERAL  GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN Y EMPLEO PÚBLICO

SECRETARÍA GENERAL



**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**