



EXAMEN PSICOFÍSICO PRE-OCUPACIONAL

DATOS DEL AGENTE

Lugar: **Fecha:** ____ / ____ / ____
Nº DNI: **Apellido/s:** **Nombre/s:**
Sexo: **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____ **Estado Civil:**
Cargo/s:
Situación de Revista:
Lugar de Trabajo:

CLÍNICA GENERAL

(Marcar con una "X" lo que corresponda)

Talla: **Peso:**
Tipo Constitucional: Normosónico Asténico Pícnico
Antecedentes personales patológicos: Clínicos Traumatológicos Psiquiátricos Quirúrgicos
 Detallar (Codificación OMS*)
Antecedentes Tóxicos: Fuma Alcohol Psicofármacos
 Cantidad de Consumo: Cantidad de años de consumo aproximadamente:
 Fecha aproximada de Inicio del antecedente tóxico: ____ / ____ / ____

Sistema y/o Aparato	Normal	Patológico	Codificación OMS	Estudios	
				SI	NO
Tegumentario					
Músculo Esquelético					
Cabeza y Cuello					
Neurológico					
Digestivo					
Urinario					
Genital Masculino					

Aparato Respiratorio: Eupnéico Disnéico
 Frecuencia Respiratoria: Ruidos Agregados:
Abdomen: Paredes: Normal Patológico Cuál (OMS*)

	SI	NO	Codificación OMS
Organomegalia			
Tumoración			

.....
Firma y Sello del Profesional Clínico

EXÁMENES A REALIZAR POR PROFESIONALES ESPECIALISTAS

(Marcar con una "X" lo que corresponda)

Aparato Genital Femenino: Normal Patológico Cuál (OMS*)
 Papanicolau **SI** **NO** Mamografía **SI** **NO**

.....
Firma y Sello del Profesional

Sistema Cardiovascular: Frecuencia del Pulso: Simétrico Asimétrico T/A:
 Frecuencia Cardíaca: Ritmia Arritmia Cuál (OMS*)
 Patología Venosa: Várices Flebotrombosis
 ECG con Informe: Normal Patológico Cuál (OMS*)

.....
Firma y Sello del Profesional

Aptitud Otorrinolaringológica: Laringoscopia Indirecta: Normal Patológico Cuál (OMS*)
 Disfonía Hipoacusia Vértigos

.....
Firma y Sello del Profesional

Examen Oftalmológico: Normal Patológico Cuál (OMS*)

.....
Firma y Sello del Profesional

EXAMEN PSICOFÍSICO PRE-OCUPACIONAL

EXAMEN DE SALUD MENTAL

(Marcar con una "X" lo que corresponda)

Actitud:	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Temeroso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Hostil <input type="checkbox"/>
Atención:	Normoprosexia <input type="checkbox"/>	Hiperprosexia <input type="checkbox"/>	Hipoprosexia <input type="checkbox"/>	Disprosexia <input type="checkbox"/>
Comprensión:	Rápida <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Lenta <input type="checkbox"/>	Torpe <input type="checkbox"/>
Curso del Pensamiento:	Normal <input type="checkbox"/>	Acelerado <input type="checkbox"/>	Inhibido <input type="checkbox"/>	
Contenido del Pensamiento:	Ideas Fijas <input type="checkbox"/>	Ideas Obsesivas <input type="checkbox"/>	Ideas Delirantes <input type="checkbox"/>	
Cualidades del contenido respecto de:				
• Memoria:	Normal <input type="checkbox"/>	Hipernesia <input type="checkbox"/>	Hiponesia <input type="checkbox"/>	
• Amnesia:	Anterógrada <input type="checkbox"/>	Retrógada <input type="checkbox"/>	Retroanterógrada <input type="checkbox"/>	
• Paramnesia:	(indicar cuales)			
Percepción:	Normal <input type="checkbox"/>	Alucinaciones <input type="checkbox"/>	Ilusiones <input type="checkbox"/>	Pseudoalucinaciones <input type="checkbox"/>
Contacto con la realidad:	Normal <input type="checkbox"/>	Desviado <input type="checkbox"/>	Leve Interferencia <input type="checkbox"/>	Debilitado <input type="checkbox"/>

.....
Profesional Especialista Responsable

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: (Completar Valores)

- Hemograma:
- Eritrosedimentación:
- Glucemia:
- Uremia:
- Creatinina:
- VDRL:
- Chagas:
- Toxoplasmosis:
- Orina Completa:
- ECG (Electrocardiograma) e informe:
- RX Tórax (Frente y Perfil):
- RX Columna Lumbosacra (Frente y Perfil):

Reservado para la Dirección de Protección de la Salud del Docente y Control Laboral

Declaro que la información suministrada es completa y verifica que no padezco ni he padecido otras enfermedades más que las declaradas.-

.....
Firma del Interesado

.....
Aclaración

.....
DNI N°

..... / /
Fecha

Se informará en forma concreta sobre la **Aptitud** o **Inaptitud** del examinado en este último caso. Especificar causa.

APTO

INAPTO

CAUSA:

.....
Sello Oval

.....
Firma y Sello del Profesional Médico
Dependiente de la Dirección de Protección de la
Salud del Docente y Control Laboral