



Universidad de Buenos Aires

ANEXO II

Formulario: Certificado de aptitud médico ocupacional

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari"		
Apellido y Nombre:		
Doc. Identidad (tipo/nro):	Edad:	Sexo:
Tareas a desarrollar:		
Ocupación actual o última ocupación:		
Historia Clínica nro:		
APTO PARA LA TAREA	NO APTO PARA LA TAREA	
RECOMENDACIONES:		
SELLO Y FIRMA DEL MEDICO QUE CERTIFICA		
ACLARACIONES: <i>APTO: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor.</i> <i>NO APTO: Trabajador que por patologías, lesiones o secuelas de enfermedades o accidentes tienen limitaciones orgánicas que les hace imposible la labor en circunstancias en que está planteada dentro de la dependencia.</i>		


Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Formulario: Citación de examen médico preocupacional

Apellido y Nombre (DNI) N°.....

Deberá concurrir indefectiblemente el día/...../..... al Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", sito en Av. Combatientes de Malvinas 3150 (CABA), planta baja, sector Examen Preocupacional de 8:00 a 9:30 hs.

Deberá:

1. Presentar esta citación.
2. Exhibir su documento de identidad.
3. Presentarse en ayunas portando una muestra adecuada de orina de primera micción del día que debe concurrir.

Se le entregarán:

1. Las órdenes correspondientes para la realización de los estudios de laboratorio
2. Nuevo turno en el que deberá presentarse para el examen clínico.

RECUERDE QUE: conforme la normativa vigente en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo el examen médico preocupacional es obligatorio para el trabajador, quien asimismo debe proporcionar, con carácter de Declaración Jurada, la información sobre antecedentes médicos y patologías que lo afecten y de los que tenga conocimiento. (Art. 7º, Resol. (SRT) 43/97)

Buenos Aires,.....

Firma y aclaración del interesado.....

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Formulario: Certificado de examen preocupacional

CERTIFICADO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL

El Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari" certifica que el/la Señor/a.....Historia clínica nro. ha sido sometido a un examen de salud cumplimentando los requisitos que se fijan para el mismo.

Buenos Aires, Firma y sello del Médico.....

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Formulario: Ordenes de examen.

Universidad de Buenos Aires
Instituto de Investigaciones Médicas
"Dr. Alfredo Lanari"

ANALISIS PRE-LABORAL

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

RADIOGRAFIA	EXAMENES DE LABORATORIO	CARDIOLOGIA
Radiografía de tórax frente.	Hemograma completo. Eritrosedimentación. Uremia. Glucemia. Reacción para investigación de Chagas Mazza. Orina Completa.	Electrocardiograma.

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

**Formulario: Registro de historia personal
(Declaración jurada del postulante)**

Esta historia personal es para uso
confidencial del Servicio Médico

REGISTRO DE HISTORIA PERSONAL

Apellidos:
 Nombres:
 Fecha de Nacimiento: Lugar:
 Estado Civil: Números de Hijos: Nacionalidad:
 D.N.I. N°: L.E./C.I./L.C. N°:
 Domicilio:

Marque con una X en el casillero que corresponda

	si	no	Motivo:
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
¿Recibió o tiene pendiente una indemnización por accidente o enfermedad profesional?			
¿Le ha sido negado alguna vez un seguro de vida?			

HABITOS

	si	no	
¿Fuma usted?			¿Cuántos por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuánto por día?
¿Tiene sueño tranquilo?			¿Cuántas horas duerme?
¿Observa alguna dieta?			¿Cuál?
¿Practica deportes?			¿Cuáles?
¿Tiene otras aficciones o pasatiempos?			¿Cuáles?

HISTORIA FAMILIAR (Marque con una X y complete)

	Vive	Falleció	
		Causa	Año
PADRE			
MADRE			
HERMANOS			
HERMANAS			
ESPOSO/A			
HIJOS/AS			

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Cáncer	Diabetes	Al Cardíacas	Hiperten.	Tuberc.
PADRE					
MADRE					
HERMANOS					
HERMANAS					
ESPOSO/A					
HIJOS/AS					