

Secretaría
de **Personal**
y Política
de Recursos
Humanos

<http://www.rrhh.gba.gov.ar>

Solicitud de turnos para evaluación de aptitud psicofísica para agentes de la DGCyE

REQUISITOS GENERALES

Si estas próximo a titularizarte en la Dirección General de Cultura y Educación y necesitas realizar los exámenes para evaluación de aptitud psicofísica, podrás realizarlos a través de estas 2 opciones:

- Solicitar el turno para la evaluación de aptitud psicofísica a través del Portal de Recursos Humanos y hacerlo de modo presencial.
- O Realizar los exámenes en el hospital público más cercano a tu domicilio y enviar los certificados a la Dirección de Medicina Ocupacional.

Para ello deberás seguir los siguientes pasos:

- 1 - Estar en Lote de Ingresantes que envía tu Organismo de Origen.
- 2 - Registrarte en el Portal de Recursos Humanos www.rrhh.gba.gov.ar
- 3 - Acceder al Portal y completar todos los datos de la pestaña **MI PERFIL**
- 4 - Completar la DDJJ de Salud Laboral que se encuentra dentro de la pestaña Salud Laboral (Carpeta Médica)
5. a. Ingresar a Solicitar/Anular Turno de Preocupacional dentro de la pestaña Salud Laboral (Carpeta Médica) y completar los campos según corresponda (si es presencial)
5. b. Enviar los exámenes a la Dirección de Medicina Ocupacional (si es por envío de estudios)

PROCEDIMIENTO

1- Registración en el Portal RRHH

Si aún no te registraste, deberás hacerlo ingresando al portal de RRHH www.rrhh.gba.gov.ar. Para una mayor información en cuanto al acceso inicial, podrás consultar el manual de ingreso que se encuentra en la sección “Ingresá_Manual de Ingreso”.

2- Mensaje en la sección INICIO

En este apartado podrás visualizar un mensaje personal que indica que estas en condiciones de solicitar un turno para realizar la evaluación de aptitud psicofísica.

The screenshot displays the user interface of the RRHH portal. At the top left is the 'BA BUENOS AIRES PROVINCIA' logo. The main header is orange and contains the text 'Secretaría de Personal y Política de Recursos Humanos'. Below the header, the user's name 'Usuario: SAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE SALUD' and a 'Bandeja de Mensajes (?)' link are visible. A left-hand navigation menu lists various options: INICIO, MI PERFIL, AUTOSEGURO, SALUD LABORAL (Carpeta Médica), ASIGNACIONES FAMILIARES, LICENCIAS Y PERMISOS, DESARROLLO PROFESIONAL, CONSULTAS, NOTIFICACIONES, CURSOS, MESA DE AYUDA, MANUALES, and CERRAR SESION. The main content area features a 'Mensaje Personal' box with a timestamp of '27/04/2015 14:04'. The message text reads: 'Ud. esta entre los agentes próximos a Titularizar según listado que proporcionó la DGcYe. Ya podés solicitar tu turno de Preocupacional. Deberás seguir los siguientes pasos: 1. Completá todos los datos de la pestaña MI PERFIL 2. Completa la DDJJ de Salud Laboral que se encuentra dentro de la pestaña SALUD LABORAL 3. Ingresar a Solicitar/Anular Turno de Preocupacional dentro de la pestaña SALUD LABORAL y solicita un turno.' The footer contains the website URL 'www.rrhh.gba.gov.ar', contact information, and 'Comunidad GBA'.

3- Completar los datos de MI PERFIL

Cuando ingreses al PORTAL, deberás completar en la solapa **MI PERFIL_Mis Datos de Perfil**, todos los datos personales para que puedas autogestionar todas tus solicitudes. Esta es una condición necesaria para poder solicitar cualquier tipo de trámite.



4- DDJJ Salud Laboral

Accedé a la pestaña **SALUD LABORAL (carpetas médicas)** y elegí la sección **“DDJJ Salud Laboral”**.

Deberás completar los datos relacionados a enfermedades, antecedentes familiares, etc y guardarlo.

Es condición necesaria llenar este Formulario para poder acceder a la solicitud de los turnos.

OPCION 1: SOLICITUD DE TURNO PARA EVALUACIÓN DE APTITUD PSICOFÍSICA

Una vez que termines de completar tus datos de MI PERFIL, accedé a la pestaña **SALUD LABORAL (carpetas médicas)** y elegí la sección **“Solicitar/Anular Turno Preocupacional” / Pedir Turno Presencial**.

Desde aquí podrás solicitar tu TURNO.

Haciendo clic en el icono SOLICITAR, el sistema te sugiere una fecha libre próxima a solicitar.

Podrás también elegir la fecha que deseas haciendo clic en el rectángulo blanco, donde se desplegará el calendario para que selecciones la fecha más conveniente.

Listado Turnos:

No tenés turnos

Solicitar:

Nombre y Apellido: SIAPE GLADYS
 Documento: 10686211
 Sugerir Fecha: * opcional

Abril 2015

| Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa | Do |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |

Luego hacés clic en SOLICITAR, aparecerá un cuadro con las opciones de CANCELAR o CONFIRMAR

Listado Turnos:

No tenés turnos

Turno ✕

Turno:

Si CONFIRMAS, aparecerá un cuadro explicativo que detalla la dirección y hora a la que deberás concurrir además de algunas INDICACIONES que tendrás que tener en cuenta.

Pedir turno presencial Enviar exámenes de ingreso

Listado Turnos:

| Fecha | Concurrió | |
|------------|-----------|--------------------|
| 24/07/2015 | NO | Anular Imprimir |

Turno confirmado: X

UD. deberá concurrir a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 de la ciudad de La Plata, el día asignado a las 8:00 hs, PUNTUALMENTE a fin de realizar el examen psicofísico que le impone la legislación vigente.

INDICACIONES:

- Deberá concurrir con un ayuno de 12 hs estrictamente.
- Traer la primera orina de la mañana en frasco limpio y seco cerrado herméticamente (mujeres en periodo menstrual efectuar la toma de la muestra con tampón vaginal).
- Traer aguja 25x8 (verde) y jeringa de 10ml.
- Descanso auditivo por 8hs (Ningún tipo de auriculares, ruidos fuertes, etc).
- No presentarse si esta en uso de CARPETA MEDICA o cualquier tipo de LICENCIA.
- Concurrir con documento de identidad.
- **Si el turno solicitado corresponde al día martes**, debe concurrir con certificado oftalmológico.

Para tener una constancia del turno solicitado, podrás imprimirla luego de la confirmación del turno solicitado.

Comprobante de turno

SIAPE GLADYS - MINISTERIO DE SALUD - Impreso:31-05-2015

FECHA DEL TURNO: 24/07/2015

Turno confirmado:

UD. deberá concurrir a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 de la ciudad de La Plata, el día asignado a las 8:00 hs, PUNTUALMENTE a fin de realizar el examen psicofísico que le impone la legislación vigente.

INDICACIONES:

- Deberá concurrir con un ayuno de 12 hs estrictamente.
- Traer la primera orina de la mañana en frasco limpio y seco cerrado herméticamente (mujeres en periodo menstrual efectuar la toma de la muestra con tampón vaginal).
- Traer aguja 25x8 (verde) y jeringa de 10ml.
- Descanso auditivo por 8hs (Ningún tipo de auriculares, ruidos fuertes, etc).
- No presentarse si esta en uso de CARPETA MEDICA o cualquier tipo de LICENCIA.
- Concurrir con documento de identidad.
- Si el turno solicitado corresponde al día martes, debe concurrir con certificado oftalmológico.



En el caso que por algún motivo no puedas concurrir al TURNO solicitado, podrás **ANULAR EL TURNO**, indicando la causa dando de baja el turno previamente solicitado.

Turnos (?)

Turno confirmado: X

UD. deberá concurrir a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 N° 1176 de la ciudad de La Plata, el día asignado a las 8:00 hs, PUNTUALMENTE a fin de realizar el examen psicofísico que le impone la legislación vigente.

Anular Turno X

Motivo:

o cerrado herméticamente (mujeres en periodo menstrual efectuar la toma de la muestra con tampón vaginal).

- Descanso auditivo por 8hs (Ningún tipo de auriculares, ruidos fuertes, etc).
- No presentarse si esta en uso de CARPETA MEDICA o cualquier tipo de LICENCIA.
- Concurrir con documento de identidad.

Listado Turnos:

| Fecha | Concurrió | |
|-----------|-----------|---------------------------------------|
| 28-APR-15 | NO | <input type="button" value="Anular"/> |

OPCION 2: ENVIAR EXAMENES DE INGRESO

1- Impresión de Formulario Clínico y Psicológico

Una vez que termines de completar tus datos de MI PERFIL, accedé a la pestaña **SALUD LABORAL (carpetas médicas)** y elegí la sección **“Solicitar/ Anular Turno Preocupacional - Enviar Examen de Ingreso”**.

Encontrarás tres planillas para imprimir y presentar ante los especialistas del Hospital Público.

The screenshot shows a web application interface. On the left is a vertical navigation menu with orange buttons and white text, including options like 'INICIO', 'MI PERFIL', 'AUTOSEGURO', 'SALUD LABORAL (Carpeta Médica)', 'ASIGNACIONES FAMILIARES', 'LICENCIAS Y PERMISOS', 'DESARROLLO PROFESIONAL', 'CONSULTAS', 'NOTIFICACIONES', and 'CURSOS'. The main content area has an orange header with the 'BA' logo and 'BUENOS AIRES PROVINCIA' on the left, and 'Secretaría de Personal y Política de Recursos Humanos' on the right. Below the header, a status bar shows 'Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE SALUD' and 'Turnos (?)'. A navigation bar contains two buttons: 'Pedir turno presencial' and 'Enviar exámenes de ingreso', with the latter being highlighted. The main content area has a yellow background and contains the following text: 'Estimada/o: Deberá imprimir los siguientes formularios para que puedan ser completados por los especialistas. [Cuestionario de Psicología](#) [Historia Clínica](#) [Laboratorio](#) Una vez evaluado por cada especialista en el hospital público más próximo a la localidad donde reside, deberá enviar los estudios a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 nro. 1176 entre 56 y 57 de la ciudad de La Plata CP 1900, en sobre cerrado. Previamente debe registrar el apellido y nombre y número de matrícula de cada profesional especialista por el cual fue asistido e imprimir la carátula que se pegará en el sobre a enviar.'

DIRECCION DE MEDICINA OCUPACIONAL – Pcia. de Buenos Aires.

Departamento de Ingresos y Exámenes en Salud.

Cuestionario de Psicología

(Deberá presentarse completo al momento de la entrevista).

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

1. Padece o ha padecido crisis de: - Llanto
- Tristeza
- Angustia
Causas? _____

2. Tiene o ha tenido episodios de insomnio? Los pudo resolver de alguna forma, cómo?

3. Mencione experiencias traumáticas que le hayan sucedido:

4. A qué situaciones le teme? Ha buscado resolverlas de alguna forma: _____

5. Sufrió golpes en la cabeza? Motivo: _____

6. Tiene o ha tenido convulsiones? Conoce las causas: _____

7. Reconoce tener conductas que lo ponen en riesgo? Cuáles: _____

8. Qué tareas realiza fuera del horario laboral? _____

Otorrinolaringología:

Fecha: __/__/__

Firma y Sello del Médico

Psicología:

Fecha: __/__/__

Firma y Sello del Médico

Odontología:

Fecha: __/__/__

Firma y Sello del Médico

Radiología:

Tela de Tórax: _____

Panorámica de Columna: _____

Fecha: __/__/__

Firma y Sello del Médico

Declaración Jurada:

Declaro bajo Juramento NO ESTAR en uso de ningún tipo de LICENCIA ni por enfermedad, ni tener conocimiento de padecer afección alguna

Fecha: __/__/__

Firma del Agente

Observaciones:

Conclusiones:

Fecha: __/__/__

Sello Hospital

Firma y Sello Médico

ADJUNTAR INFORME DE: DECLARACION JURADA, PLACA RX, INFORME DEL LABORATORIO Y PSICOLOGO

INFORME DE LABORATORIO

| | | | |
|--------------------|-------|------------|-------------------------|
| APELLIDO y NOMBRE: | | | Fecha:...../...../..... |
| DNI: | EDAD: | PESO (Kg): | Talla: (m) |

ANALISIS DE SANGRE**Hemograma:**

(método: Contador hematológico automático)

Leucocitos/mm³.....
 Eritrocitos/mm³.....
 Hematocrito.....
 Hemoglobina.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.M.C.....
 Plaquetas/mm³.....
 -
 -

%g/dl

u3

pg

%

Análisis Químico:

(método: Enzimático/cinético con autoanalizador)

Glucosa..... Mg/dl
 Urea..... Mg/dl
 Acido Úrico..... Mg/dl
 Creatinina..... Mg/dl
 Clearance de creatinina..... Mg/dl
 Colesterol Total..... Mg/dl
 Colesterol HDL..... Mg/dl
 Colesterol LDL..... Mg/dl
 Colesterol VLDL..... Mg/dl
 Riesgo Aterogenico.....
 Triglicéridos..... Mg/dl

Formula Leucocitaria:

Neutrofilos..... %
 Eosinofilos..... %
 Basofilos..... %
 Linfocitos..... %
 Monocitos..... %

T.G.O..... U/l
 T.G.P..... U/l
 Fosfatasa Alcalina..... U/l
 Gamma-GT..... U/l

Eritrosedimentación:

1 hora..... mm

Marcadores serológicos para Sífilis:

V.D.R.L.....

TP-PA.....

Marcadores serológicos para Chagas:

H.A.I.....

A.P.G.....

E.I.A.....

I.F.J.....

ANALISIS DE ORINA**1. Examen Físicoquímico**

PH.....
 Densidad.....
 Proteínas.....
 Glucosa.....
 Hemoglobina.....
 Cuerpos cetonicos.....
 Pigmentos Biliales.....
 Otros:

2. Examen microscópico

Leucocitos.....
 Células epiteliales.....
 Glóbulos de pus.....
 Hematíes.....
 Mucus.....
 Cilindros.....
 Cristales.....
 Otros:

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO

2- Envío de documentación

Una vez que termines de realizarte todos los exámenes, accedé nuevamente a la pestaña **SALUD LABORAL (carpetas médicas) - "Solicitar/ Anular Turno Preocupacional - Enviar Examen de Ingreso"**.

Estimado/a
Una vez evaluado por cada especialista en el hospital público mas próximo a la localidad donde reside, deberá enviar los estudios a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 nro. 1176 entre 56 y 57 de la ciudad de La Plata CP 1900, en sobre cerrado. Previamente debe registrar el apellido y nombre y numero de matricula de cada profesional especialista por el cual fue asistido e imprimir la carátula que se pegara en el sobre a enviar.

Completar:

| | | | |
|--|----------------------|---------------|----------------------|
| CLINICO (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| OFTALMOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| OTORRINOLARINGOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| ODONTOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| LABORATORIO (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| RADIOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |
| FONOAUDIOLOGIA (NyAp Médico) : | <input type="text"/> | Nº Matricula: | <input type="text"/> |

Deberás completar con el nombre, apellido y matricula del profesional que ha realizado el certificado correspondiente a cada especialidad.

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: MINISTERIO DE SALUD

Turnos (?)

Estimado/a
Una vez evaluado por cada especialista en el hospital público mas próximo a la localidad donde reside, deberá enviar los estudios a la Dirección de Medicina Ocupacional, sito en calle 14 nro. 1176 entre 56 y 57 de la ciudad de La Plata CP 1900, en sobre cerrado. Previamente debe registrar el apellido y nombre y numero de matricula de cada profesional especialista por el cual fue asistido e imprimir la carátula que se pegara en el sobre a enviar.

Completar:

| | | | |
|--|-----------------|---------------|------------|
| CLINICO (NyAp Médico) : | JORGE RODRIGUEZ | Nº Matricula: | 2553366-44 |
| OFTALMOLOGIA (NyAp Médico) : | JUAN FERNANDEZ | Nº Matricula: | 8547766-77 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA (NyAp Médico) : | MIGUEL PEREZ | Nº Matricula: | 7615433-44 |
| PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA (NyAp Médico) : | ALFREDO SANCHEZ | Nº Matricula: | 3644009-47 |
| ODONTOLOGIA (NyAp Médico) : | SERGIO GOMEZ | Nº Matricula: | 3007897-22 |
| LABORATORIO (NyAp Médico) : | CARLOS GONZALEZ | Nº Matricula: | 5877994-21 |
| RADIOLOGIA (NyAp Médico) : | ANA FERNANDEZ | Nº Matricula: | 8533179-45 |
| FONOAUDIOLOGIA (NyAp Médico) : | SUSANA PEREZ | Nº Matricula: | 5266797-33 |

Luego de oprimir el botón Guardar, se generará la carátula que deberá pegarse en el sobre a enviar a la Dirección de Medicina Ocupacional (calle 14 Nro. 1176 La Plata) junto con los formularios Historia Clínica y Cuestionario de Psicología.

BUENOS AIRES PROVINCIA BA

Exámenes de Ingreso

SIAPE GLADYS - MINISTERIO DE SALUD - 29-05-2015

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| CLINICO: | JORGE RODRIGUEZ, 2553366-44 |
| OFTALMOLOGIA: | JUAN FERNANDEZ, 8547766-77 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA: | MIGUEL PEREZ, 7615433-44 |
| PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA: | ALFREDO SANCHEZ, 3644009-47 |
| ODONTOLOGIA: | SERGIO GOMEZ, 3007897-22 |
| LABORATORIO: | ANA FERNANDEZ, 8533179-45 |
| RADIOLOGIA: | SUSANA PEREZ, 5266797-33 |
| FONOAUDIOLOGIA: | CARLOS GONZALEZ, 5877994-21 |



portal.rhh.gba.gov.ar

La aplicación permite re-imprimir la caratula desde la opción **Imprimir carátula**.
En caso de ser necesario, se podrá anular el envío de datos seleccionando la opción **Anular Datos Enviados**, registrando el motivo del mismo.

Ya enviaste la información necesaria. Si querés puedes anular y volver guardar

Anular Datos enviados

Imprimir Carátula