



Universidad de Buenos Aires

CUDAP: EXP-UBA: 0002660/09

Buenos Aires, 10 JUN. 2009

VISTO la Ley 24.557 y sus decretos modificatorios y las Resoluciones (SRT) nros. 43/97 y 196/96, y

CONSIDERANDO:

Que la normativa vigente en materia de higiene y seguridad en el trabajo determina la obligatoriedad del examen médico de salud previo al inicio de la relación laboral indicando asimismo los contenidos mínimos de dicho examen con el objeto de comprobar la aptitud de un postulante para cubrir determinado puesto, así como detectar las patologías preexistentes al inicio de una relación laboral.

Que la realización del examen médico preocupacional es responsabilidad del empleador.

Que actualmente la Universidad de Buenos Aires no cuenta con un circuito para la realización de los mismos, el cual resulta necesario para cumplir con las obligaciones del empleador y optimizar los plazos para su realización.

Que es conveniente definir un circuito con el fin de unificar criterios, establecer los tiempos máximos y necesarios, optimizar la gestión, efectuar un control transparente de los gastos que insume el procedimiento, como así también obtener estadísticas para futuras previsiones.

Que además es imprescindible evaluar la adecuación del trabajador para aquellas labores en las que eventualmente estuviesen presentes agentes de riesgo y establecer los lineamientos técnicos para el adecuado examen médico preocupacional que se realiza a los trabajadores.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el Estatuto Universitario.

Por ello,

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
(Ad-Referendum del Consejo Superior)

Resuelve:

Hernán Piotti López
Secretaría de Planeación y Administración



Universidad de Buenos Aires

CUDAP: EXP-UBA: 0002660/09

-2-

ARTICULO 1º.- Dejar establecido que a partir del 1º de junio del año en curso no se podrá designar o contratar transitoriamente personal docente o no docente que no hayan cumplimentado el examen médico de salud preocupacional y obtenido el correspondiente apto para la tarea.

ARTICULO 2º.- Todas las resoluciones de designación o contratación transitoria de nuevos ingresantes a la Universidad de Buenos Aires y re ingresantes dados de baja hace un año o más, deberán mencionar en el considerando que el agente ha obtenido el correspondiente apto médico, lo cual será condición necesaria para que dichas altas sean autorizadas por el Centro de Control Presupuestario.

ARTICULO 3º.- Aprobar el procedimiento para la realización de exámenes médicos preocupacionales que como Anexo I forma parte integrante de la presente resolución para nuevos ingresantes a la Universidad de Buenos Aires y re ingresantes dados de baja hace 1 año o más.

ARTICULO 4º.- Aprobar los formularios de Citación de examen médico preocupacional, Registro de historia personal (Declaración jurada del postulante), Orden de exámenes médicos de salud preocupacional, Historia clínica (Resumen de los resultados de los exámenes de salud y examen clínico), Certificado de aptitud médico ocupacional y Certificado de examen preocupacional que como Anexo II forman parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 5º.- Dejar establecido que, con carácter de excepción, y hasta tanto se implemente el procedimiento que se aprueba por la presente y se ajuste el circuito administrativo, se considerarán designaciones o contrataciones transitorias de agentes docentes o no docentes que no hayan completado el examen médico preocupacional solo por 60 días, debiendo quedar expresado en la resolución tal situación. Superado dicho plazo, de no contar con el correspondiente apto, no se prorrogará el nombramiento.

ARTICULO 6º.- Regístrese, comuníquese, notifíquese a todas las Unidades Académicas, a todas las Dependencias de la Universidad de Buenos Aires, al Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari" y a la Auditoría General de la Universidad y pase a la Coordinación General de Recursos Humanos y a la Dirección General de Recursos Humanos, a los fines de su competencia.

RESOLUCION Nº 741


RUBEN E. HALLU
Rector


Hernán Piotti López
Secretario de Hacienda y Administración



Procedimientos

1. Recibir postulante y realizarse apto preocupacional

a. Se Recibe pedido para incorporación y descripción del cargo a ocupar

- i. Toma datos generales del postulante
- ii. Solicita turno telefónicamente para examen preocupacional y comunica el cargo a ocupar
- iii. Informa y notifica al postulante mediante formulario de citación de examen médico preocupacional
- iv. Genera legajo provisorio, adjunta descripción de cargo y conformidad de citación

b. Realización de la primera etapa del examen preocupacional

- i. El postulante se presenta con la citación y se le realizan los estudios análisis de Laboratorio, Radiografías y cardiológicos
- ii. Se cita al postulante para una segunda entrevista.
- iii. Se genera historia clínica

c. Realización de la segunda etapa del examen preocupacional

- i. El postulante se presenta a la segunda etapa y se le comunican los resultados de los análisis
- ii. Se confecciona informe de apto, se registra en nomina mensual y se emite certificado de examen preocupacional al postulante.
- iii. Se da aviso a la oficina de personal solicitante del apto.
- iv. Se archiva historia clínica.

2. Emisión de resolución

a. Recibe Información de Apto

b. Emite resolución si corresponde o cierra legajo provisorio.

3. Emisión de Informes mensuales

a. Emisión Informe con nomina mensual a cada Unidad Académica.

- i. Confecciona nomina con los aptos y envía a cada Unidad Académica
- ii. Confecciona nomina con los aptos realizados durante el mes en curso por duplicado.
- iii. Envía copia a Oficina de personal de cada Unidad Académica
- iv. Envía copia a Coordinación General de RRHH

4. Oficina de personal, recepción de información

a. Recibe información.

b. Emite su conformidad a la Coordinación General de RRHH.



Universidad de Buenos Aires

5. Emisión de Informe con totales para Coordinación General de RRHH

- a. El Instituto de Investigaciones Médicas “Dr. Alfredo Lanari” confecciona un informe con los totales de importes y aptos por unidad académica
- b. El informe se emite a la Coordinación General de RRHH

6. Recepción de informe por parte de Coordinación General de RRHH

- a. Recibe informe conformado, verifica y envía a Subsecretaría de Hacienda.

ACLARACIONES:

- *Atento a la clasificación de apto para la tarea o no apto para la tarea, si al agente se lo transfiere de actividad, deberá realizar un nuevo examen conforme el artículo 4° de la resolución (SRT) 43/97. Así también para aquellos agentes que se desempeñen en más de una unidad académica y desempeñen distintas actividades.*
- *En la resolución de designación o contratación transitoria debe figurar que el postulante cumplimentó el examen médico preocupacional.*
- *Para el caso de suplencias que excedan los TRES (3) meses el postulante deberá cumplimentar con el examen médico preocupacional.*
- *Para aquellos casos en que surjan situaciones difícilmente previsibles y no resulte posible cumplir con lo estipulado, se analizará el caso en particular y se procederá, en caso de corresponder, a autorizar las excepciones.*
- *Tener en cuenta que si un agente por haber ganado un concurso cambia de tareas, deberá ajustarse al artículo 4° de la resolución (SRT) 43/97 y en caso de corresponder tendrá la obligación de efectuar un nuevo examen médico y obtener el correspondiente apto para la tarea.*



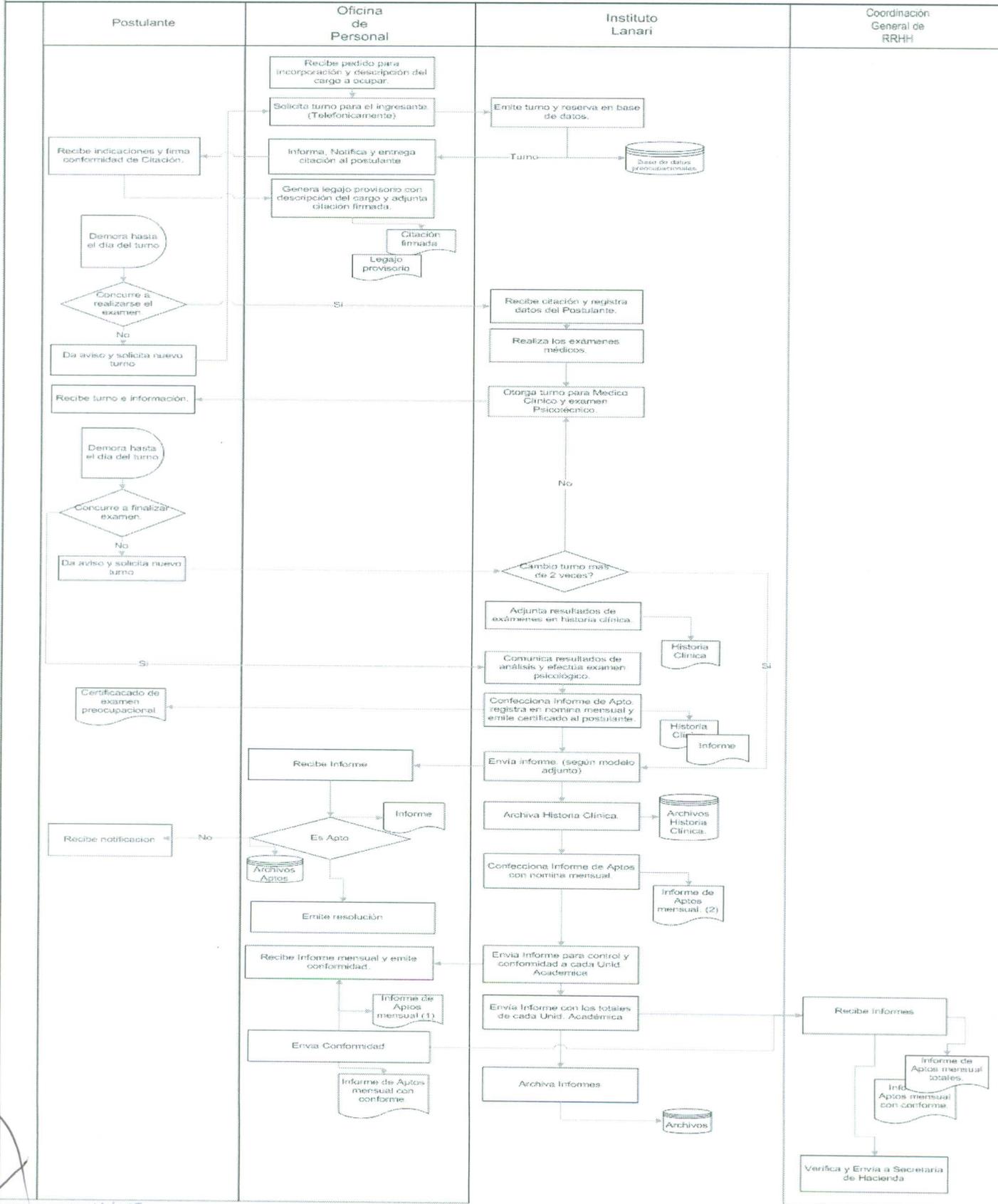
Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Diagrama de Flujo

Circuito de realización de exámenes preocupacionales para nuevos ingresantes y re ingresantes



(Handwritten signature)



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					



Universidad de Buenos Aires

Tiene actualmente o tuvo (Marque con una X)

Mareos, demayos o sind. vertiginosos.		Articulaciones dolorosas - hinchadas	
Convulsiones.		Fracturas o luxaciones	
Dolores de cabeza frecuentes.		Pies planos	
Esta medicado por depresión.		Palpitaciones	
Fiebre reumatica		Hipertensión arterial	
Tuberculosis		Cáncer u otro tumor	
Tos crónica		Glaucoma	
Asma o fiebre de heno		Cataratas	
Diabetes		Enfermedades de la piel	
Hepatitis		Perdida o aumento de peso reciente	
Hernias		Sinusitis	
Varices		Azúcar o proteínas en orina	
Perdida de memoria		Enfermedades venereas	

¿Posee tatuajes?

OPERACIONES

	SI	NO	Año	Otras	Año
Amigdalas					
Apéndice					
Hernia					
Hemorroides					
Cardiovasculares					

Declaro que la información es completa y verídica. Falta de cooperación será suficiente para suspender el examen.

Fecha:

Firma del interesado

Resumen y anotaciones del médico

.....
.....
.....

Hernán Piotti López
Secretaría de Exámenes y Administración



Universidad de Buenos Aires

Formulario: Examen clínico

EXAMEN MEDICO

FECHA ____/____/____

APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DOMICILIO			TEL.	DEPENDENCIA	FECHA
NACIONALIDAD	D.N.I. Nº	ESTADO CIVIL	EDAD	CARGO A DESEMPEÑAR	

EXAMEN CLINICO

TIPO DE EXAMEN	PESO	ALTURA	Tº AXILAR
----------------	------	--------	-----------

CABEZA

OJOS	PUPILAS	O.D.	O.I.	OIDOS	D	I
	REACC. LUZ Y ACCOMOD.					
	VISION CROMATICA					
	AGUDEZA VISUAL	CERCA				
		LEJOS				
USA LENTES						

CUELLO

APARATO RESPIRATORIO	VIAS AREAS SUPERIORES		
	PULMONES	INSPECCION	
		PALPACION	
		PERCUSION	
AUSCULTACION			
APARATO CARDIOVASCULAR	PULSO	PRESION ARTERIAL	
	CORAZON AUSCULTACION		
APARATO DIGESTIVO	VARICES	HEMORROIDES	VARICOCELE
	BOCA	LENGUA	
	DIENTES	AMIGDALAS	
	ABDOMEN		
	ANILLO INGUINAL	D	HERNIA
	I	HERNIA	
APARATO GENITO-URINARIO			
APARATO LOCOMOTOR			
SISTEMA NERVIOSO	REFLEJOS		
	SENSIBILIDAD		
	MOVILIDAD		

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

PIEL	COLOR	FANERAS
	MUCOSAS	
	TEJ. CELULAR SUBCUTANEO	

ANALISIS

BANGRE	HUDLESON
ORINA	V.DRL (Cuantitativa)
MACHADO GUERREIRO	MANTOUX
RADIOGRAFIAS TORAX	

OTROS EXAMENES

OBSERVACIONES

EXAMEN GINECOLOGICO

MENARCA	MONOPAUSIA	NECESITA REPOSO		
WENSTRUACION	RITMO	CARÁCTER	ABORTO	HIJOS
EMBARAZOS	PARTOS DISTOCICOS	COMPLICACIONES		
	PARTOS NORMALES			

EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL

CLASIFICACION	A ()	B ()	C ()	D ()	E ()
---------------	-------	-------	-------	-------	-------

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

SE INFORMA DE LOS HALLAZGOS

CLINICOS DEL PRESENTE EXAMEN

Hernán Piotti López

Secretaría de Hacienda y Administración

ACLARACION

FECHA

FIRMA DEL MEDICO



Universidad de Buenos Aires

Formulario: Examen de rutina personal.

D.N.I. N°

N° de Orden

Fecha: / /

Apellido y Nombres:

EXAMEN DE RUTINA PERSONAL

A) Odontología

N° de piezas dentarias

Paradentociopatías

1) No
2) Tártaro
3) Gingivitis
4) Con bolsas
5) 2 y 3
6) 2 y 4
7) 2, 3 y 4

Usa Prótesis

1) No
2) Completa Superior
3) Completa Inferior
4) Parcial Superior
5) Parcial Inferior
6) 2 y 3
7) 2 y 5
8) 3 y 4
9) 4 y 5

Anomalías Dentofaciales

1) No
2) Fisura Palatina
3) Fisura Labial
4) Mordida Abierta
5) Prognatismo
6) Retrognatismo
7) Maloclusión
8) Dientes apiñados
9) Mordida invertida

Índice CPO

Caries Necesidad de Tratamiento Protético No
 Ausentes Si

Ext. Inf. Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia No
 Obturados Si

Examen de Tejidos Blandos

Provisorio Definitivo

Firma y Sello

B) Radiología

Área que representa anomalías

1) No lesión
2) Pulmonar
3) Cardiovascular
4) Mediastinal
5) Oseo Costal
6) Actitud escoliótica dorsal
7) Escoliosis dorsal
8) Diafragma
9) Otras

Observaciones:

Firma y Sello

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Entrosedimentación mm

Grupo Sanguíneo

Factor Rh

Hematocrito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%		
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/mm ³	
Eritrocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/mm ³	
Hemoglobina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g%		
V.C.M.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f ³		
Fórmula Leucocitaria	<input type="text"/>					
	C	S	E	B	L	M

Observaciones: _____

Química:

Glucemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Uremia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
HDL Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
LDL Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%

Observaciones: _____

Serología:

1: Negativo 2: Positivo

VD.R.L.	<input type="text"/>	Toroplasmosis	<input type="text"/>
Machado Guerreiro	<input type="text"/>	Test de Huddleson	<input type="text"/>

Observaciones: _____

Orina: 1: Negativo 2: Positivo

Proteínas	<input type="text"/>	Glucosa	<input type="text"/>	Cetonas	<input type="text"/>	Hemoglobina	<input type="text"/>
-----------	----------------------	---------	----------------------	---------	----------------------	-------------	----------------------

Test de Embarazo Observaciones: _____

Sedimento Urinario:

- Células epiteliales planas
- Leucocitos
- Hemáties
- Placas
- Mucus
- Cilindros
- Microorganismos
- Cristales de Oxalato de Calcio
- Cristales de Ácido Úrico
- Fosfatos amorfos
- Uratos amorfos

Referencias:

E	Escasos: 1 por campo
Alg	Algunos: 2 a 4 por campo
R	Regular: 5 a 10 por campo
Ab	Abundantes: más de 10 por campo

Observaciones: _____

Otros análisis: _____

Firma y Sello



Universidad de Buenos Aires

Fecha: ____ / ____ / ____

Nº de orden:

DNI:

Apellido y Nombre:

Edad:

Dependencia:

Facultad:

1) ¿Usa Lentes?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anteojos
Lentes de Contacto

2) ¿Usa computadora?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuántas horas por día?

3) ¿Tiene control Of. Periódico?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cada Cuánto?

Para el Personal de Enfermería

Peso

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Altura

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I, M, O.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Electrocardiograma

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Presión Arterial

Mx	Mn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Visión Cromática:

Agudeza Visual	S/Corr	C/Corr
OD	/	/
OI	/	/

Hernán Piotti López
Secretaría de Hacienda y Administración