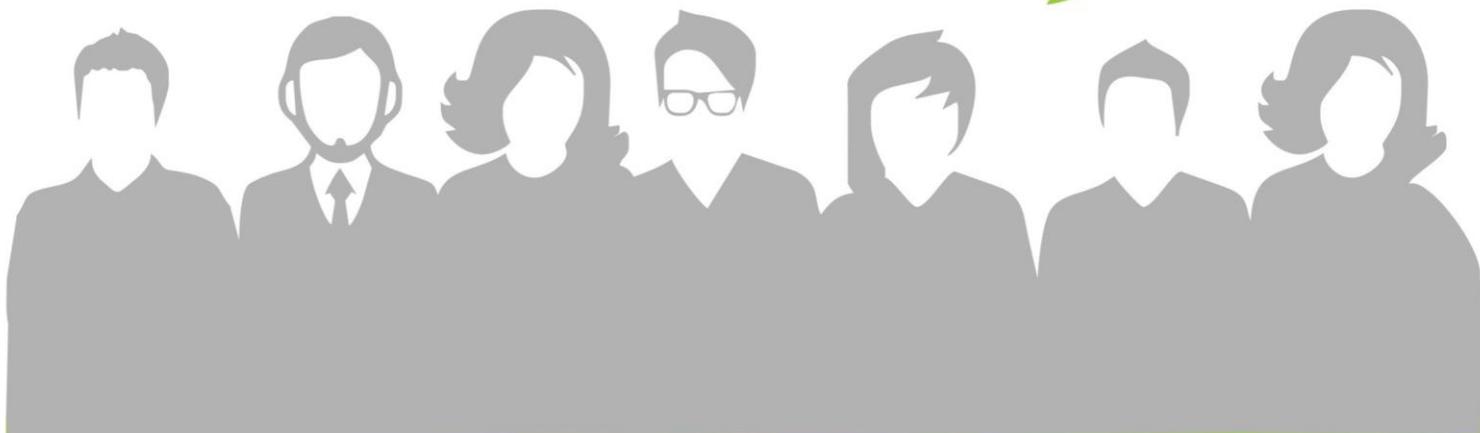


<http://www.rrhh.gba.gov.ar>

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



[www.rrhh.gba.gov.ar](http://www.rrhh.gba.gov.ar)



**Buenos Aires**  
Provincia

## 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 de Preocupacional 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](http://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](http://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

Al ingresar al Portal encontrarás un mensaje personal que indica que estas en condiciones de solicitar un turno para realizar el examen preocupacional. El mismo indica los pasos a seguir.

### 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.

**Buenos Aires Provincia** | Subsecretaría de Capital Humano | Ministerio de Coordinación y Gestión Pública

Usuario: SIAPE-GLADYS | Organismo: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Historia Clínica (?)

### DECLARACIÓN JURADA SALUD LABORAL

ADVERTENCIA: LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, Y SERÁ CONSIDERADO COMO FALTA GRAVE Y COMUNICADO EN FORMA INMEDIATA AL ORGANISMO QUE PROPONE SU DESIGNACIÓN

Fecha: 12/06/2015 | Lugar: LA PLATA

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

- CEFALEA
- EPILEPSIA
- CONVULSIONES
- PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO
- DERRAMES CEREBRALES
- PARÁLISIS
- OTRAS

**ENFERMEDADES VISUALES**

- MIOPIA
- ASTIGMATISMO

#### OPCION 1: SOLICITUD DE TURNO PREOCUPACIONAL

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.

Pedir turno presencial | Enviar exámenes de ingreso

**Listado Turnos:**

Fecha	Concurrió
04/02/2016	NO
04/06/2015	NO

**Solicitar:**

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

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..

The screenshot shows a web interface for requesting a presence turn. At the top, there are two tabs: 'Pedir turno presencial' (selected) and 'Enviar exámenes de ingreso'. Below the tabs, there are two main sections: 'Listado Turnos:' and 'Solicitar:'. The 'Listado Turnos:' section has a 'Fecha' field with the value '04/02/2016' and a sub-field with '04/06/2015'. The 'Solicitar:' section has fields for 'Nombre y Apellido:', 'Documento:', and 'Sugerir Fecha:'. A calendar for 'Agosto 2016' is displayed over the 'Sugerir Fecha:' field, with the date '09' selected. Below the calendar is a 'SOLICITAR' button.

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

This screenshot shows the same 'Pedir turno presencial' form as the previous one, but with a dialog box titled 'Turno' open. The dialog box has a close button (X) in the top right corner. It contains a 'Turno:' field with the value '19/12/2016'. Below the field are two buttons: 'CANCELAR' (in red) and 'CONFIRMAR' (in green). The background form is dimmed, but the 'SOLICITAR' button is still visible at the bottom.

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
04/02/2016	NO
04/06/2015	NO
19/12/2016	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 - DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION - Impreso:08-08-2016

FECHA DEL TURNO: 19/12/2016

**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.

Anular Turno

Motivo:

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.

Usuario: SIAPE GLADYS | Organismo: DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Turnos (?)

Pedir turno presencial    Enviar exámenes de ingreso

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 resida, 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.

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

Anular Datos enviados

Imprimir Carátula

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)

**ANÁLISIS 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.....  
.

%/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.....	%	T.G.O.....	U/l
Eosinofilos.....	%	T.G.P.....	U/l
Basofilos.....	%	Fosfatasa Alcalina.....	U/l
Linfocitos.....	%	Gamma-GT.....	U/l
Monocitos.....	%		

## 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"**.

**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.

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
OF TALMOLOGIA:	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.