



Poder Judicial de la Nación  
Departamento de Medicina Preventiva y Laboral

## HISTORIA CLÍNICA PLANILLA DE INGRESO

<b>APELLIDOS:</b>						
<b>NOMBRES:</b>						
<b>D.N.I./LEGAJO</b>			<b>TELEFONOS:</b>		<b>E-Mail:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>						
<b>FECHA NAC.</b>			<b>EDAD:</b>		<b>GÉNERO:</b> Fem / Masc / Otro	<b>EST.CIVIL:</b>
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> Localidad-Prov.-País:						
<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>		<b>PRIMARIOS</b> Completo/incompleto	<b>SECUNDARIOS</b> Compl./Incomp.	<b>TERCIARIOS</b> Compl./Incomp.		
<b>UNIVERSITARIOS</b> Completo / Incompleto		<b>CARRERA / TITULO:</b>				
<b>TRABAJO ANTERIORMENTE EN EL PODER JUDICIAL</b>				SI / NO		
<b>TIENE OTRO EXAMEN DE INGRESO O HISTORIA CLINICA</b>				SI / NO		
<b>ENFERMEDADES O ACCIDENTES EN OTROS TRABAJOS</b>				SI / NO		
<b>CARGO / OCUPACIÓN PROPUESTA:</b>						
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>				<i>Remarcar con un círculo los datos afirmativos</i>		
<b>SE ENFERMO EN EL ÚLTIMO AÑO?</b>		SI / NO				
<b>PASÓ POR ALGUNA INTERNACIÓN?</b>		SI / NO				
<b>TUVO OPERACIONES (incluso estéticas)?</b>		SI / NO				
<b>EFFECTUA EXAMENES PERIODICOS?</b>		SI / NO		<b>Fecha del último realizado:</b>		
<b>Tuvo alguna modificación de peso significativa?</b>		SI / NO	<b>Insomnio / Somnolencia</b>		SI / NO	<b>Horas de sueño:</b>
<b>Pérdidas de sangre?</b>		SI / NO		Indicar		
<b>Ganglios dolorosos ?</b>		SI / NO		Indicar		
<b>Efectúa algún tratamiento?</b>		SI / NO		Indicar		
<b>PROBLEMAS DE OÍDOS</b>		SI / NO		Indicar		
<b>TRASTORNOS DE LA VOZ</b>		SI / NO		Indicar		
<b>SINTOMAS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>		<b>BRONQUIOS</b>	Asma	Bronquitis	Tos persistente	
		<b>PULMONES</b>	Tuberculosis	Neumonía	Neumotórax	Tumores
		<b>COVID-19</b>		SI / NO Fecha del Diagnóstico:		
<b>CAVIDAD BUCAL</b>		Caries: si / no	Prótesis: si / no	Implantes: si / no	Ausencia de piezas dentales: si / no	
<b>SINTOMAS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>		Hipertensión	Hipotensión	Dolor Pecho	Palpitaciones	Hinchazón pies Trombosis
		Infarto miocardio	Insuficiencia Cardíaca		Arritmia	Insuficiencia Coronaria
		Embolias	Otros:			
<b>SINTOMAS Y ENFERMEDADES DIGESTIVAS</b>		Constipación	Diarrea	Inapetencia	Calculos	Tumores Acidez
		Cólicos:Biliares / Intestinales Ictericia Ulcera Cirrosis Hemorroides				
		Hepatitis	Pancreatitis	Otros:		
<b>SINTOMAS Y ENFERMED. UROLOGICAS</b>		Hematuria	Nefritis	Micc. Imperiosa	Cálculos	Uretritis Tumores
		Cistitis	Otros:			
<b>SINTOMAS Y ENFERMEDADES GINECOLOGICAS</b>		Metrorragias	Amenorrea	Menst. Dolorosa	Tumores	Otros:
		Primera Menstruacion: años		Fecha última menstruación:		Ciclos cada..... Días
		Displasia Mamaria		Embarazos:	Partos:	Cesareas: Abortos:
<b>ENFERMEDADES ÓSEAS ARTICULARES Y MUSCULARES</b>		Artrosis	Artritis	Tumores	Miositis	Fiebre Reumática
		Dolores Articulares: SI - No			Luxaciones Si-No:	
		Fracturas Si-No:			Desgarros Si-No:	
		Esguinces Si-No:			Otras:	
<b>SINTOMAS NEUROLÓGICOS</b>		Cefaleas	Mareos	Convulsiones	Desmayos	Vértigos Temblores
		Tics	Parálisis	Otros:		
<b>SALUD MENTAL</b>		Hace / Hizo Terapia Si - No		Toma Medicación Si - No		Internación Psiquiátrica Si-No
<b>ENF.GLANDULARES</b>		Diabetes	Tiroides: Hipo / Hiper	Hipófisis	Suprarrenales otras:	
<b>ENF. DE LA SANGRE</b>		Anemia: si / no	Otros:			
<b>ENF. PARED ABDOMEN</b>		Hernias	Eventraciones	Indicar:		
<b>ENFERM. de la VISTA</b>		Miopía	Astigmatismo	Hipermetropía	Presbicia	Otros:.....
<b>ENFERM. VENOSAS</b>		Várices Si- No	Indicar:			
<b>ENFERMEDADES. DE LA PIEL</b>		Psoriasis	Vitiligo	Lunares	Tumores	Otros:
<b>ALERGIAS</b>		SI / NO Indicar:				
<b>ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>		Varicela - Rubeola - Sarampión - Tos convulsa - Paperas - Escarlatina - Mononucleosis				
<b>ENF. DE TRANSM. SEXUAL</b>		SI / NO Indicar:				
<b>ENFERMEDADES ENDEMICAS</b>		Chagas	Paludismo	Brucelosis	Hidatidosis	Otras:.....
<b>ADICCIONES</b>		CONSUME ALCOHOL: SI /NO			Consumo.....vasos por día / semana / ocasional	
		FUMA : si / no	desde: años	.....cig. por día	CONSUME DROGAS: si / no tipo:	
		FUMÓ : si / no	hasta: años	.....cig. por día	Otras:	

Otras enfermedades:

Declaro bajo juramento que las dolencias o enfermedades informadas en el presente formulario, son de mi conocimiento.

Asimismo autorizo al Departamento de Medicina Preventiva y Laboral a solicitar Historias Clínicas a otras Instituciones médicas

Firma del/la paciente \_\_\_\_\_





### PLANILLA - EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FECHA:.....

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI:.....EDAD:..... años

LUGAR DE RESIDENCIA (Localidad):.....

DEPENDENCIA (donde ingresa):.....

CARGO (en caso de desconocerlo, se solicita consultar): .....

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN (señale con X lo que corresponda):

Interinato  Efectivo  Contrato

ESTUDIOS (alcanzados y en curso):.....

.....

ANTECEDENTES LABORALES:.....

.....

.....

.....

¿HA TRABAJADO ANTES EN ALGUNA DEPENDENCIA DEL PODER JUDICIAL Y/O MINISTERIO

PÚBLICO? (Consignar, Dependencia y cargo):.....

.....

OTRAS ACTIVIDADES (culturales, deportivas, académicas, etc.):.....

.....

¿Cuál es la tarea más satisfactoria que ha desempeñado, por qué?.....

.....

¿Cuál es la tarea menos satisfactoria que ha desempeñado, por qué?.....

.....



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Secretaría General de la Administración*  
*Departamento de Medicina Preventiva y Laboral*

**DATOS PERSONALES DEL INGRESANTE**

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA CLARA Y EN MAYUSCULA)

**APELLIDOS:**.....

**NOMBRES:**.....

**D.N.I.:**.....

**FECHA DE NACIMIENTO:**..... **Edad:**.....años

**DIRECCION PARTICULAR:**.....

**PISO:** ..... **Depto:** ..... **OTROS:**.....

**LOCALIDAD:** ..... **PROVINCIA:**.....

**TELEFONO CELULAR:**.....

**TELEFONO ALTERNATIVO:**.....

**DIRECCION DE MAIL :**.....

**YA REALIZO CON ANTERIORIDAD UN INGRESO AL PODER JUDICIAL: SI NO**  
*(Tachar lo que no corresponda)*

**RECORDAR TRAER EL DIA DE LA CITACION EL DNI. Y LA FOTO 4 X 4**

.....  
Firma del interesado