



Poder Judicial de la Nación
Departamento de Medicina Preventiva y Laboral

HISTORIA CLÍNICA

PLANILLA DE INGRESO

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

POSEE COBERTURA MEDICA? SI – NO

TIPO Y NUMERO DE AFILIADO

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