



Formulario - Solicitud de Junta Médica

Agustín Gnecco 360 Sur - 4212744 / 4212586 (Int. 4595)

Este formulario posee carácter de Declaración Jurada

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION PRIVADA DE LOS AGENTES. MANTENGA RESERVA DE LA MISMA.

OFICINA DE PERSONAL

1- DATOS PERSONALES DEL AGENTE

Apellido y Nombre:

DNI: Teléfonos:

E-mail:

Domicilio Actual:

Turno solicitado por: Agente Médico Tratante Repartición Médico Auditor DCRM

Motivo de la solicitud: Docencia Pasiva Traslado Transitorio (sólo docentes) Traslado Preferencial (sólo docentes)

Adecuación de Tareas Reducción Horaria Largo Tratamiento Evaluaciones

Es renovación: SI NO

En caso de Traslado Preferencial especifique: Cercano a su domicilio Lejano a su domicilio

2- SITUACION DE REVISTA

Ministerio/Secretaría:

Establecimiento/Oficina: Teléfono laboral:

Cargo: Antigüedad:

Permanente Titular Interino Suplente Posee otros cargos en el Estado Provincial: SI NO

Establecimiento/Oficina:

"En caso de no asistir al turno asignado deberá presentar los justificativos correspondientes"

Firma y Sello Jefes de Personal

Firma Agente

INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE (HISTORIA CLINICA)

Fecha: / /

Antecedentes Patológicos:

.....

.....

.....

Estudios complementarios actualizados:

.....

.....

Tratamiento realizado:

.....

.....

Diagnóstico:

Datos del profesional actuante:

Especialidad: Teléfono: E-mail:

"Sr/a Profesional: Usted puede asistir a la Junta Médica de su paciente en fecha y hora asignadas"

Firma y Sello Médico



DECLARACIÓN JURADA DEL PROFESIONAL ACTUANTE AÑO 20__

1 - DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

2 - MOTIVO DE LA JUNTA MÉDICA

.....
.....

3 - HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ACTUALIZADOS:

.....
.....

TRATAMIENTO REALIZADO:

.....
.....

DIAGNÓSTICO:

.....
.....

4 - DATOS PERSONALES DEL PROFESIONAL ACTUANTE

APELLIDO Y NOMBRE: M.Prof.Nº:

ESPECIALIDAD: Tel: E-mail:

"DECLARO QUE LA INFORMACIÓN APORTADA ES VERÍDICA Y COMPLETA"

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración del médico



DECLARACIÓN JURADA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
AGENTES BAJO COBERTURA DE OBRA SOCIAL PROVINCIA

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

MEDICACIÓN

ANTERIOR:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS:

ACTUAL:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS DIARIA:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS DIARIA:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS DIARIA:

DROGA: NOMBRE COMERCIAL: DOSIS DIARIA:

ANTECEDENTES DE CONSULTAS

TRATAMIENTOS ANTERIORES: SI NO

INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: DÍA MES AÑO

FRECUENCIA MENSUAL DE CONSULTAS:

DIAGNÓSTICO:

EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO:

.....
Firma del paciente

.....
Firma y sello del profesional

NUEVO PROCEDIMIENTO DE JUNTAS MÉDICAS - GUÍA RÁPIDA

→ PASO 1

ACCEDER AL NUEVO **FORMULARIO - SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA** (SOLICITARLO A JEFES DE PERSONAL O DESCARGARLO DE LA PÁGINA WEB OFICIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, salud.sanjuan.gob.ar)

→ PASO 2

JEFE DE PERSONAL DE LA REPARTICIÓN DE ORIGEN DEL AGENTE COMPLETA, EN PRESENCIA DEL MISMO, LOS PUNTOS **1 (DATOS PERSONALES DEL AGENTE)** Y **2 (SITUACIÓN DE REVISTA)**. AL FINALIZAR, AMBOS FIRMAN EN LOS ESPACIOS ASIGNADOS.

→ PASO 3

AGENTE SE DIRIGE A SU **PROFESIONAL MÉDICO TRATANTE**, QUIEN **COMPLETA LA INFORMACIÓN REFERIDA A SU HISTORIA CLÍNICA**. AL FINALIZAR, FIRMA Y SELLA EN EL ESPACIO ASIGNADO.

→ PASO 4

AGENTE, **CON FORMULARIO COMPLETO**, SE DIRIGE A LA DCRM - ÁREA ADMINISTRACIÓN DE JUNTAS MÉDICAS Y SE LE ASIGNA TURNO PARA EVALUACIÓN.

→ PASO 5

EN FECHA Y HORA ASIGNADA, AGENTE ES EVALUADO POR MÉDICOS AUDITORES DE LA DCRM QUIENES GENERAN EL DICTAMEN CORRESPONDIENTE. EL DOCUMENTO RESULTANTE ES DIGITALIZADO Y RESGUARDADO EN SISTEMA GEDOC.

→ PASO 6

AGENTE SE PRESENTA ANTE SU JEFE DE PERSONAL PARA SER NOTIFICADO DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN. CON USUARIO Y CLAVE, JEFE DE PERSONAL ACCEDA A SISTEMA Y DESCARGA EL DICTAMEN POR DUPLICADO (COPIA PARA EL AGENTE Y COPIA PARA LA REPARTICIÓN).

FIN DEL PROCEDIMIENTO. -

*Cualquier duda o consulta podrán comunicarse a los teléfonos **4212744 / 4212586 (Interno 4595 - Administración Juntas Médicas)**, **lunes a viernes de 8 a 12 horas**, o bien podrá consultar personalmente en **Mesa de Informes (Recepción)** de nuestra DCRM.*



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

Dirección de Control y
Reconocimientos Médicos