



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo que, la realización de los exámenes de aptitud psicofísica requeridos para el concurso de ascenso de categoría y jerarquía de los establecimientos educativos dependientes del Consejo General de Educación surge como consecuencia del Decreto N°2088 del 14 de agosto de 2023. Que, en el Anexo I, artículo 7° se establece la presentación de los postulantes al examen de buena salud -clínico general y psicológico, y en el artículo 8° señala que *“el dictamen arribado establecerá la aptitud de Buena Salud -clínico general y psicológico- del aspirante determinando las situaciones de Apto, Apto Condicional y No Apto según corresponda. Será considerado Apto el aspirante que goce de buena salud física y psicológica, y que muestre aptitudes para el cumplimiento de sus funciones. Las actitudes específicas para la función a la que aspire, serán analizadas mediante una evaluación psicológica consistente en entrevistas, cuestionarios y baterías de test”*.

El Consejo de Educación conjuntamente con la Junta de Clasificación notificará a los inscriptos al concurso el lugar y fecha en que deberán presentarse a fin de la realización del Examen de Salud -Clínico General y Aptitudes específicas para la función, que se efectuará por intermedio de los profesionales de la salud de la Subdirección de Reconocimientos Médicos.

Al presentarse al Examen, el aspirante inscripto deberá portar solamente el documento nacional de identidad, fotocopia de DNI, carpeta colgante, Cuaderno de Actuación Profesional actualizado, estar en ayunas y llevar la primera orina de la mañana en un recipiente adecuado. La noche anterior deberá cenar liviano y no ingerir alcohol. En caso



que esté realizando un tratamiento, presentará las indicaciones del médico, los estudios complementarios y los medicamentos que esté tomando.

No se permitirá el ingreso al examen de salud con dispositivos electrónicos.

Deberá concurrir al examen con su cuaderno de actuaciones.

El presente consentimiento tiene por fin informarle a usted el carácter de los exámenes que le serán realizados. Por ello, a fin de respetar su participación libre y voluntaria, solicitamos que lea los siguientes puntos y manifieste expresamente que comprende y acepta, en forma de declaración jurada:

-Que, de acuerdo al carácter del examen de aptitud psicofísica se realiza lo establecido en la Resolución 37/10 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo.

-Que, en el examen clínico se realizan mediciones y algoritmos generales. Se realiza un Electrocardiograma y se procede a Extracción de sangre para análisis bioquímicos, y radiografía de tórax (quienes tengan radiografía de tórax con informe, que se hayan realizado en el corriente año podrá presentarlo y de esa forma evitar este trámite).

- Que, en la evaluación de *Aptitudes específicas para la función* se realiza la administración de Técnicas y Cuestionarios.

-Que, el dictamen final será confeccionado de manera fundada por parte de los profesionales intervinientes (médicos y psicólogos) de acuerdo a los procedimientos operativos estandarizados empleados para la realización de los exámenes en consonancia a las precisiones solicitadas por el órgano requirente para el cargo al que usted aspira.

-Que la información obtenida sobre su estado de salud y los resultados de las evaluaciones serán tratados con carácter de confidencial por los profesionales intervinientes.



**Gobierno
Provincial**

**Ministerio de
Hacienda y
Finanzas**

**Subdirección de
Reconocimientos Médicos**

-Que la Subdirección de Reconocimientos Médicos no se hace responsable por cualquier relación que pudiera tener el dictamen médico final emitido en la obtención del cargo al que usted se presenta como aspirante, siendo absoluta responsabilidad del órgano requirente apreciar el dictamen en consonancia con los criterios establecidos para la valoración de los aspirantes.

Luego de haber leído la información proporcionada, consiento voluntariamente participar en la realización del examen de salud clínico general y psicológico.

Nombre y Apellido _____ Firma _____

D.N.I.N° _____ Fecha Día/mes/año _____ Hora _____