HOSPITAL GRAL. LAS HERAS

LIBRETA SANITARIA




Las Heras y Monseñor Fernandez
Tupungato Mendoza (5561)
Telefono: 02622-488293
hosp-lasheras@mendoza.gov.ar

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE MENDOZA

ALSA

CENTRO MÉDICO INTEGRAL

N° 2020-000155

# REGLAMENTACIÓN

La presente **LIBRETA SANITARIA** tendrá válidez dentro del territorio de la provincia y será otorgada por la autoridad Oficial Provincial o Municipal, en sus Hospitales o Centros de Salud.

Su uso será obligatorio para todos los trabajadores rurales, que realicen tareas relacionadas con el cultivo, recolección, empaque e industrialización de productos agrícolas destinados al consumo humano.

Esta libreta es única, personal e intransferible Los exámenes médicos previstos deberán constar en la presente bajo firma y sello del médico actuante, quién será responsable de cualquier omisión, negligencia o falsificación material o ideológico incorporada al presente instrumento.

Deberá hacerse constar el nombre, domicilio del establecimiento donde presta sus labores el trabajador y fecha de ingreso.

La presentación de la **LIBRETA SANITARIA** será obligatoria en todas las circunstancias en las que el trabajador ingrese a cualquier relación de empleo.

Las instituciones oficiales que otorguen este Certificado Médico, serán responsables exclusivos de su emisión.



# LEYES LABORALES APLICADAS Y DECRETOS PROVINCIALES Y NACIONALES INVOCADOS

a) Ley de Contrato de Trabajo (art. 75)

b) Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo N° 19587 y su decreto Reglamentario 351/79.

c) Decreto Provincial N° 149/97.

d) Decreto Acuerdo 2284/93

e) Decreto 1434/87, reglamentario de la Ley Gral. de Migraciones y Fomento de las Inmigraciones.

f) Ley 15465/60 Obligatoriedad de notificación de Enfermedades infectocontagiosas, exóticas y/o desconocidas.

## EL EXAMEN OBLIGATORIO REQUERIDO EN ESTA LIBRETA ES:

**-EXAMEN CLINICO COMPLETO**

Dirigido a la detección de enfermedades infectocontagiosas, en especial a la pezquiza de signos y síntomas de **Cólera.**

**-EXAMENES** Complementarios que el profesional crea necesario para confirmar o descartar una patología infecto contagiosa.



## OBLIGACION DEL EMPLEADOR

a)Solicitar ésta LIBRETA SANITARIA al trabajador antes de iniciar su actividad laboral.

b)La LIBRETA SANITARIA emitida, estará en poder del empleador mientras dure la relación laboral y deberá ser exhibida toda vez que se requiera por la autoridad Sanitaria Provincial o Municipal y Autoridad Laboral Competentes.

c)El Empleador que incorpore trabajadores está obligado a comunicar fehaciamente al Centro de Salud u Hospital Público más cercano a su establecimiento, la nómina de los trabajadores sin residencia permanente en MENDOZA que se desempeñen o se dispongan desempeñar tareas en su establecimiento y gestionar con la debida anticipación dicha LIBRETA SANITARIA.
Si la inspección por la autoridad Laboral Sanitaria surgiera incumplimiento de las normas, se aplicarán severas sanciones y clausura del establecimiento. El exámen y el certificado del respectivo será gratuito para el trabajador.

d)Según Ley 19.587 D.R 351, Ley 22284 (Régimen Nacional del Trabajador Agrario) y Decreto 2284, por el cual EL EMPLEADOR deberá dar cumpimiento a la provisión de agua potable, ventilación, higiene, albergue digno, adecuados sanitarios, eliminación de excretas humanas y de residuos sólidos, etc. y a todo lo mencionado en la legislación vigente.

## DATOS PERSONALES

APELLIDOS: Bazan

NOMBRES: Victor Ceferino

D.N.I. - L.C. - L.E.: 28367005

C.I. / C. Extranjera:

Nacionalidad: Argentino

Fecha de Nac.: 20/07/1980

Domicilio: Fca VAL. MOL S/n°

la Arboleda

Tupungato

Lugar fecha: E. Bustos 11/12/23

Vencimiento: 11 / 12 / 24



## CAMBIOS DE DOMICILIO

| Domicilio | N° | Loc. | Dep. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## INGRESO AL TRABAJO

EMPRESA:.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

_____

Firma Responsable de la Empresa

EMPRESA:.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

_____

Firma Responsable de la Empresa



EMPRESA:.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

_____

Firma Responsable de la Empresa

EMPRESA.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

_____

Firma Responsable de la Empresa

## EXAMEN MEDICO

Antecedentes Epidemiológicos del lugar de procedencia y personales.

Talla 1,82 mts

Peso 94 Kp

## EXAMEN FISICO:

NORMAL ☐

ANORMAL ☐

Si es anormal detallar anormalidades encontradas:

T/A 120/80

FC 96 x'

10

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

(Detallar exámen solicitado, fecha y resultado)

LABORATORIO

Fecha:...../..... ...../..... Firma:.....

RAYOS

Fecha:...../..... ...../..... Firma:.....

ELECTROCARDIOGRAMA

Fecha:...../..... ...../..... Firma:.....

Dr. Alexis Saaca MEDICO - Mat. 10715

**EMBARAZO:** Desarrollo NORMAL ☐ ANORMAL ☐

**Realiza Controles:** SI ☐ NO ☐

**Edad del Embarazo** PARCIAL ☐

Firma y sello del médico

11