HOSPITAL GRAL. LAS HERAS

LIBRETA SANITARIA

HOSPITAL GRAL. LAS HERAS
DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES
TUPUNGATO

ALSA

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE MENDOZA
CENTRO MEDICO INTEGRAL

N° 2020-000155

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

REGLAMENTACIÓN

La presente **LIBRETA SANITARIA** tendrá validez 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 cumplimiento 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: Cipollone

NOMBRES: Sebastian Dario

D.N.I. - L.C. - L.E: 30773508

C.I. / C. Extranjera:

Nacionalidad: Argentino

Fecha de Nac.: 25/2/84

Domicilio: San Esteban S/n
Las Heras

Lugar fecha: E. Bustos 29.04.24

Vencimiento: 29.04.25

CAMBIOS DE DOMICILIO

Domicilio	Nº	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

8

EMPRESA:.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

Firma Responsable de la Empresa

EMPRESA.....

DOMICILIO:.....

TIPO DE TRABAJO:.....

FECHA NACIMIENTO:.....

Firma Responsable de la Empresa

9

EXAMEN MEDICO

Antecedentes Epidemiológicos del lugar de procedencia y personales.

Peso: 110 kg

Talla: 1,70 mts

EXAMEN FISICO:

NORMAL [x]

ANORMAL [ ]

Si es anormal detallar anormalidades encontradas:

TA 110/70

FR 18x'

FC 70x'

Sato2 98%

10

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

(Detallar exámen solicitado, fecha y resultado)

LABORATORIO

Fecha: 29,04,24 Firma:.....

RAYOS

Fecha: 29,04,24 Firma:.....

ELECTROCARDIOGRAMA

Fecha: 29,04,24 Firma:.....

EMBARAZO: Desarrollo

NORMAL [ ]

ANORMAL [ ]

Realiza Controles:

SI [ ]

NO [ ]

Edad del Embarazo

PARCIAL [ ]

Firma y sello del médico

11