

'EL H. CONCEJO DELIBERANTE DE BOLÍVAR", en uso de las facultades que le son propias, sanciona con fuerza de:

- ORDENANZA N° 904/92

ARTICULO 1°: Créase el Plan Integral de Medicina Preventiva, que será

de aplicación en el Partido de Bolívar.

ARTICULO 2°: Son sus fundamentos:

- a) La asistencia pública en su función preventiva, trabajando con la comunidad y no para la comunidad.- b) Llegar a la etapa subclínica de la enfermedad.-

ARTICULO 3° Son sus objetivos:

- a) Diagnóstico temprano.
b) Prevención.
c) Orientación.
d) Motivación de la comunidad para sentirse sana,

ARTICULO 4° Metodología Operativa: Se establecerá la zona o barrio a investigar, hasta abarcar la totalidad de la población.-

ARTICULO 5°: EVALUACION DEL PLAN.-: Se hará en tres niveles:

Primer Nivel

Control administrativo, cumplimiento de normas y metas.

Segundo Nivel

Los recursos disponibles se utilizarán en forma óptima,

lo que permitirá decidir si se debe ejecutar algún cambio

Tercer Nivel

Se acopiarán los datos estadísticos relacionados con

la

* efectividad del programa.

ARTICULO 6° Personal Afectado:

- a) No profesionales: agente sanitario y administrativo.
b) Profesionales: médico, asistente social, enfermera.

ARTICULO 7°: Organigrama Funcional del Departamento Administrativo:
se implementará conforme al Anexo I, que forma parte integrante de la presente.-

ARTICULO 8° Organigrama Médico: Se implementará conforme al Anexo II,
que forma parte integrante de la presente.-

ARTICULO 9°: Cartilla o Ficha Médica: Se implementará de acuerdo al Anexo III, que forma parte integrante de la presente,-

ARTICULO 10°: Créanse los siguientes cargos;

1) Jefe Médico, efectivo, contratado por un año, quién será responsable del Plan

2 (dos) Asistentes Sociales, efectivos,-

ARTICULO 11° El Departamento Ejecutivo deberá adecuar las Partidas presupuestarias para dar cumplimiento a la presente,-

ARTICULO 12°; Comuníquese, regístrese, publíquese y archívese,- - -

DADA en la sala de Sesiones del H. CONCEJO DELIBERANTE DE BOLÍVAR, a los 3 días del mes de Diciembre de 1992,-

FIRMADO: Dr JUAN EMILIO COLOMBO (Presidente)
SR. JOSE ALFREDO ACUSE (Secretario)

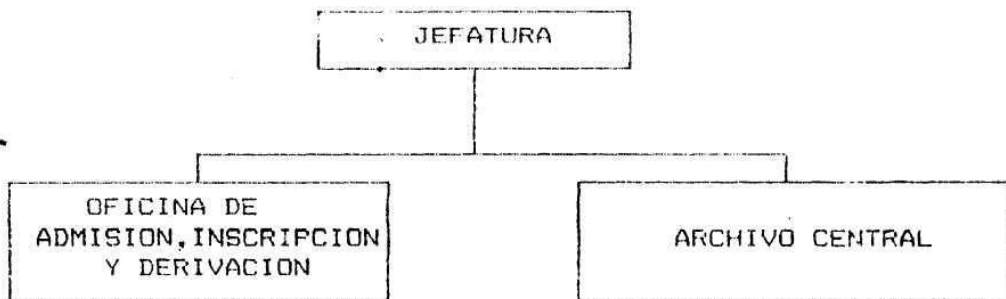
ES COPIA.-




JOSE ALFREDO ACUSE
SECRETARIO H. C. D.


22

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO



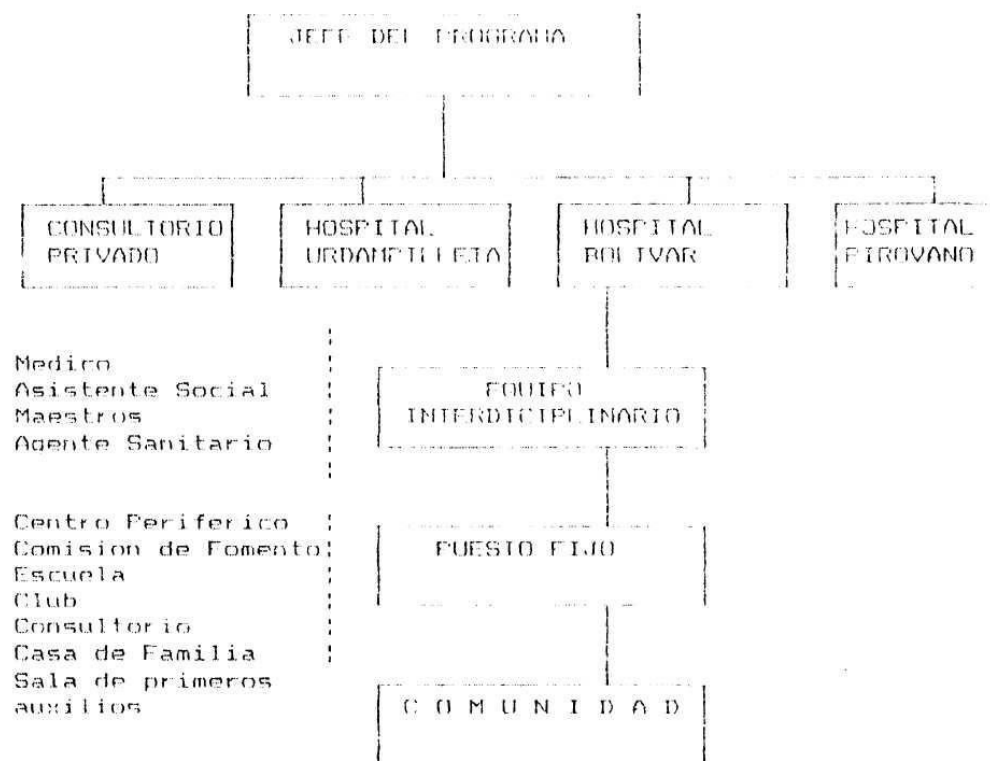
- 1) Inscripcion
- 2) Dar o no Orden de atencion
- 3) Informar al Publico
- 4) Confeccion hoja de ruta

- 1) Compaginacion y enumeracion de fichas clinicas.
- 2) Facilitar fichas clinicas a los profesionales
- 3) Incluir informes de distintos servicios
- 4) Archivos de estudios, Rx, etc.
- 5) Codificacion e indice de Diagnostico.

FUNCIONES DE ESTE DEPARTAMENTO

- 1) Informar y orientar a los pacientes acerca de los dias y horarios de atencion.
- 2) Centralizar la inscripcion de pacientes
- 3) Mantener un indice alfabetico general de pacientes
- 4) Elaborar, analizar y publicar la informacion recogida para el uso medico asistencial
- 5) Proporcionar la informacion requerida para los trabajos de investigacion o para cuando un medico lo considere necesario.

ORGANIZACION DEL PLAN



La comunicacion se establecera en forma semanal.

ANEXO III

CARTILLA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO Y Nº DOCUMENTO:

DOMICILIO:

EDAD:

RESPONSABLE DEL GRUPO FAMILIAR:

- si - no Fuma
- si - no Tiene tos con frecuencia
- si - no Padece de asma
- si - no Alguna vez tiene flema con sangre
- si - no Suele tener cambio de voz
- si - no Le ha dicho a su medico que su presion es "alta"
- si - no Le ha dicho a su medico que su presion es "baja"
- si - no Tiene dolores en el pecho
- si - no Tiene dificultad para respirar
- si - no Se le hinchan los tobillos
- si - no Sufre de malestar del estomago
- si - no Sufre de malestar de hgado
- si - no Ha movillado algunas veces el intestino con sangre
- si - no Padece siempre de constipacion o sequedad de vientre
- si - no Ultimamente se ha constipado
- si - no Padece de frecuentes dolores de cabeza
- si - no Tiene lesiones pigmentadas en la piel (verrugas, nevus)
- si - no Tiene lesiones ulceradas de piel
- si - no Perdida de peso en los ultimos meses
- si - no Dificultad para tragar
- si - no En alguna oportunidad orino sangre
- si - no En alguna oportunidad tuvo herpes (culebrilla)
- si - no Antecedentes de anemia
- si - no Radiografia de torax en el ultimo año
- si - no Diabetes

PARA EL SEXO FEMENINO

- si - no Mas de 45 años P.O.P. en los ultimos 6 meses
- si - no Hasta 45 años P.O.P. en el ultimo año
- si - no Mas de 45 años, control ginecologico y glandulas mamarias en el ultimo año
- si - no Mas de 45 años, control ginecologico y glandulas mamarias en los ultimos 6 meses
- si - no Ha tenido flujo o menudo
- si - no Las menstruaciones son normales
- si - no Suele tener ardor al orinar

PARA EL SEXO MASCULINO

- si - no Ha tenido alguna vez una enfermedad en sus organos genitales
- si - no Observo sangre en la orina
- si - no Tiene dificultad para empezar a orinar
- si - no Orina con frecuencia durante el dia
- si - no Orina con frecuencia durante la noche
- si - no Le dijo su medico que tiene algun problema de riñones, vejiga o prostata

OBSERVACIONES

FIRMA