

ANEXO
RESOLUCION 0044/10



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

Control Anual de Salud para estudiantes de Educación Superior

Dirección Gral. De Educación Superior – Dirección Gral. De Educación Privada

Nombre y Apellido: _____ DNI N°: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Domicilio: _____

2- Antecedentes Personales					
	Si	No		Si	No
HTA			Epilepsia		
DBT			Retraso Mental		
Quirúrgicos			Patologías Psiquiátricas		
Traumatológicos			Cáncer		
Alergias			Pérdida de Conocimiento		
Asma Bronquial			Observaciones		
Patologías Cardíacas			Otros		

3- Hábitos Tóxicos			
	Si	No	Observaciones
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Otras sustancias o Medicamentos			

4- Antecedentes Familiares					
	Si	No		Si	No
DBT			Cáncer de Colon		
HTA			ACV – IAM en < 60 Años		
Dislipidemia			Trast. Endocrinológicos		
Cáncer de mama			Alergias		

5- Antecedentes Gineco-Obstrecticos					
Menarca	G:		A:		P:
Pap.	Si	No	Ultimo	Resultados	

6- Examen Físico			
Peso	Talla	IMC	TA
<i>Marcar solo lo Positivo</i>			
Ap. Cardiovascular		Osteoarticular	
Ap. Respiratorio		Prueba de Agudeza Visual	
Abdomen			

7- Examen Fonoaudiológico	
Audición (Prueba informal)	Respiración
Lenguaje	Observaciones

Firma y Sello de Fonoaudióloga/o

Fecha

Lugar

Sello de Institución

8- Ergometría (solo para Profesorado de Educación Física)	
Observaciones	

Firma y Sello de Cardióloga/o

Fecha

Lugar

Sello de Institución

9- Esquema de Vacunación		
DT (refuerzo)	Doble Viral	HVB
Antigripal	Antiamarílica	
Completo	Incompleto	

10- Solicitar métodos complementarios según antecedentes personales y/o familiares		
Hemograma	Mamografía	ECG
Glucemia	Papanicolaou	
Colesterol, TG, HDL	Rectosigmoideoscopia	

11- Interconsultas

Una vez completo el control de salud realizar llenado de certificado.
Los controles y el certificado deben ser anuales.



CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que la Sra./Sr:DNI:

Edad:se encuentra:al momento de la valoración clínica.

Observaciones:
.....

.....
Lugar Fecha Hora

.....
Sello de la Institución

.....
Firma y Sello del médico

EXAMEN PSICOLÓGICO

Se solicita detallar cada análisis requerido y/o adjuntar informes completos:

HTPP
Evaluación Gestáltica (Test de Bender)
Observaciones y sugerencias terapéuticas*

CERTIFICO que.....DNI.....

Realizó la evaluación psicológica en el día de la fecha.

*Si no se realizan observaciones o sugerencias terapéuticas, queda en blanco, entendiéndose que los valores de los test aplicados se encuentran dentro de los valores esperados.

Fecha:

Firma y Sello del/la Psicólogo/a