

CERTIFICADO DE SALUD

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Domicilio: _____

2.- Antecedentes Personales

	Si	No		Si	No
HTA			Epilepsia		
DBT			Retraso Mental		
Quirúrgicos			Patologías Psiquiátricas		
Traumatología			Cáncer		
Alergias			Pérdida del Conocimiento		
Asma Bronquial			Observaciones		
Patologías Cardíacas			Otros		

p

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 < de 60 años		
Dislipidemia			Trast. Endocrinológicos		
Cáncer de Mama **			Alergias		

5.- Antecedentes Gineco-Obstetricos

Menarca	G:	A:	P:	
Pap.	Si	No	Último	Resultados:

6.- Examen Físico

Peso	Talla	IMC	TA
Marcar solo lo positivo			
Ap. Cardiovascular			
Ap. Respiratorio			
Abdomen			
Osteoarticular			
Prueba de Agudeza Visual			

7.- Examen Fonoaudiológico

Audición (prueba informal)
Lenguaje
Respiración
Observaciones

.....
Lugar y fecha.....
Sello de la
institución.....
Firma y sello del
Fonoaudiólogo/a

.../ /



8.- Ergometría (solo para Profesorados de Educación Física)
Observaciones

.....
 Firma y sello de Cardióloga/o Fecha Lugar Sello de la Institución

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

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

11.- Interconsultas

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

CERTIFICADO DE SALUD

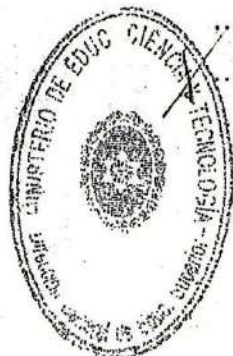
Certifico que el/la Sr. /Sra.: DNI
 N°, edad:, se encuentra:....., al
 momento de la valoración clínica.

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 realizaran 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

