



Certificado de Control Anual de Salud Integral Obligatorio

(Para Estudiantes de Nivel Superior de las unidades educativas dependientes de la  
Dirección General de Educación Superior y de Educación Privada)

Aprobado por Disposición Conjunta:

Dirección General de Educación Superior N° 284/18

Dirección General de Educación Privada N° 241/18

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		

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

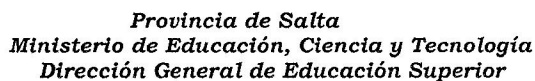
6.- Examen Físico			
Peso	Talla	IMC	TA
Marcar solo lo positivo			
Ap. Cardiovascular			
Ap. Respiratorio			
Abdomen			
Osteoarticular			
Prueba de Agudeza Visual			

7.- Examen Fonoaudiológico	
Audición (prueba informal)	
Lenguaje	
Respiración	
Observaciones	

.....  
Lugar y fecha

.....  
Sello de la  
Institución

.....  
Firma y sello del  
Fonoaudiólogo/a



(Para Estudiantes de Nivel Superior de las unidades educativas dependientes de la Dirección General de Educación Superior y de Educación Privada)

Aprobado por Disposición Conjunta:

Dirección General de Educación Superior N° 284/18

Dirección General de Educación Privada N° 241/18

<b>8.- Ergometría (solo para Profesorados de Educación Física)</b>
Observaciones

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

<b>9.- Esquema de Vacunación</b>		
DT (refuerzo)	Doble Viral	HVB
Antigripal	Antiamarilica	
Completo	Incompleto	

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

<b>11.- Interconsultas</b>
----------------------------

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  
Nº ....., edad: ....., se encuentra:....., al  
momento de la valoración clínica.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar	Fecha	Hora	Sello de la Institución	Firma y sello del médico
-------	-------	------	----------------------------	--------------------------