



Provincia de Salta
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
Dirección General de Educación Superior

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-Obstreíticos

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



*Provincia de Salta
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
Dirección General de Educación Superior*

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

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

Observaciones

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

.....

.....
Lugar

.....
Sello de la Institución

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

10.- Solicitar métodos complementarios, según antecedentes personales y/o familiares

- Hemograma
- Glucemia
- Colesterol, TG, HDL
- Mamografía
- Papanicolaou
- Rectosigmoidoscopia
- ECG

11.- Interconsultas

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

Certifico que el/la Sr. /Sra.: DNI
Nº, edad:, se encuentra:....., al
momento de la valoración clínica.

Observaciones:

.....
.....
.....

..... Lugar Fecha Hora Sello de la Firma y sello del médico