



## 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-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



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

|  |
|--|
| <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  
 N° ....., edad: ....., se encuentra:....., al  
 momento de la valoración clínica.

Observaciones:

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

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



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

### 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