

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL CONJUNTA**:

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA N° 132/10

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA N° 0044/10

*San Martín esq Cnel. Moldes – 4400 Salta (República Argentina). Tel./Fax 0387-4316845 E-mail: lenguasvivasifd@yahoo.com.ar*

**CERTIFICADO DE SALUD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido: |  | | | | | | | D.N.I. N° |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |  |  | Edad: |  | Domicilio: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Antecedentes Personales** | | | | | | | | |
|  | **SI** | **NO** |  | **SI** | **NO** |  | **SI** | **NO** |
| HTA |  |  | Alergias |  |  | Retraso Mental |  |  |
| DBT |  |  | Asma Bronquial |  |  | Patologías Psiquiátricas |  |  |
| Quirúrgicos |  |  | Patologías Cardíacas |  |  | Cáncer |  |  |
| Traumatología |  |  | Epilepsia |  |  | Pérdida del Conocimiento |  |  |
| Otros |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Hábitos Tóxicos** | | | |
|  | SI | NO | **Observaciones** |
| Tabaquismo |  |  |  |
| Alcoholismo |  |  |  |
| Otras sustancias o Medicamentos |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Antecedentes Familiares** | | | | | | | | |
|  | **SI** | **NO** |  | **SI** | **NO** |  | **SI** | **NO** |
| DBT |  |  | Cáncer de Mama |  |  | Trastornos Endocrinológicos |  |  |
| HTA |  |  | Cáncer de Colon |  |  | Alérgias |  |  |
| Dislipidemia |  |  | ACV – IAM en < de 60 años |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Antecedentes Gineco-Obstétricos** | | | | | |
| Menarca: | G: | | | A: | P: |
| Pap. | SI | NO | Último | Resultado: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 del Cardiologo/a |  | Fecha |  | 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 |
| Papanicolau |
| Rectosigmoideoscopía |
| ECG |
|  |
| **11. Interconsultas** |

Una vez completo el control de salud, realizar llenado del certificado.

Los controles y el certificado deben ser anuales

**CERTIFICADO DE SALUD**

Certifico que el/la Sr./Sra.: . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D.N.I.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 informe completos:

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

CERTIFICO que. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . D.N.I. N°:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ,

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Lugar y Fecha |  | Firma y Sello del/la Psicólogo/a |