



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		

3.- Hábitos Tóxicos					
	Si	No		Si	No
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otras sustancias o Medicamentos					

4.- Antecedentes Familiares					
	Si	No		Si	No
DBT			Cáncer de Color		
HTA			ACV —IAM en < de 60 años		
Dislipidemia			Trast. Endocrinológicos		
Cáncer de Mama			Alergias		

5.- Antecedentes Gineco-Obstreticos					
Menarca	G:		A:		P:
Pap.	Si	No	Ultimo	Resultados:	

6.- Examen Físico					
Peso	Talla		IMC		TA
Marcar solo lo positivo					
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	Antiamarilica	
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.º.....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 realizaron 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.