

///...

DISPOSICIÓN CONJUNTA

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR N° 284

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN PRIVADA N° 241
 Expte N° 0120046-275481/2018-0

8.- Ergometría (solo para Profesores de Educación Física)
Observaciones

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

9.- Esquema de Vacunación		
DT (refuerzo)	Doble Viral	<input type="checkbox"/> HIVB
Antigripal	Antiamarilla	
Completo	Incompleto	

10.- Solicitar métodos complementarios, según antecedentes personales y/o familiares
Hemograma
Glucemia
Coolesterol, 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°, edad:, se encuentra:, al
 momento de la valoración clínica.

Observaciones:

.....



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

...///



///...

DISPOSICIÓN CONJUNTA

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR N° 284

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN PRIVADA N° 241
Expte N° 0120046-275481/2018-0

EXAMEN PSICOLÓGICO

Se solicita detallar cada análisis requerido y/o adjuntar informes completos:

.IITPP
.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

