



## 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

### 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