

# Control Anual de salud para estudiantes de Educación Superior

Dirección General de Educación Privada – Ministerio de Educación Provincia de Salta.

Instituto Privado “María del Rosario de San Nicolás” – N° 8063

## 1. DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES PERSONALES

	Si	No		Si	No
HTA			Epilepsia		
DBT			Retraso mental		
Quirúrgicos			Patologías Psiquiátricas		
Traumatológicos			Cáncer		
Alergias			Pérdida del conocimiento		
Asma bronquial			Observaciones		
Patologías Cardíacas			Otros		

## 3. HABITOS TOXICOS

	Si	No		Si	No
Tabaquismo			Alcoholismo		
Otras sustancias o medicamentos			Observaciones		

## 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

	Si	No		Si	No
DBT			Cáncer de colon		
HTA			ACV – IAM en < 60 años		
Dislipidemia			Trast. Endocrinológicos		
Cáncer de mama			Alergias		

## 5. ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETICOS

Menarca	G:	A:	P:	
Pap:	Si	No	Ultimo	Resultados

## 6. EXAMEN FISICO

Peso	Talla	IMC	TA
Marcar solo lo positivo			
Ap. Cardiovascular		Ap. Respiratorio	
Abdomen		Osteoarticular	
Prueba de agudeza visual			

7. ESQUEMA DE VACUNACION

DT (refuerzo)	Doble viral	HVB
Antigripal	Antiamarílica	
COMPLETO	INCOMPLETO	

8. SOLICITAR MÉTODOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES

Hemograma	Glucemia
Colesterol, TG. HDL	Mamografía
Papanicolau	Rectosigmoideoscopia
ECG	

9. INTERCONSULTAS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Certificado de salud**

Certifico que el/la Sr. / Srta. / Sra. \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, se encuentra \_\_\_\_\_

al momento de la valoración clínica.-

Observ. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Sello institución

\_\_\_\_\_  
Médico