

Ficha Certificado de Salud

Nombre y Apellido

DNI

Fecha de nacimiento

Edad

2 - Antecedentes Personales					
	Si	No		Si	No
HTA			Epilepsia		
DBT			Retraso Mental		
Quirúrgicos			Patologías Psiquiaticas		
Traumatológicos			Cancer		
Alergias			Pérdida de Conocimiento		
Asma Bronquial			Obseraciones		
Patologías Cardíacas			Otros		

3 - Hábitos Tóxicos					
	Si	No	Observaciones		
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otras Sustancias o Medicamentos					

4 - Antecedentes Familiares					
	Si	No		Si	No
DBT					
HTA					
Dislipidemia					
Cáncer de Mama					

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

6 - Exámenes Físicos					
Peso					
Marcar solo lo Positivo					
Ap. Cardiovascular					
Ap. Respiratorio					
Abdomen					
Osteoarticular					
Prueba de Agudeza Visual					

7 - Examen Fonoaudiológico					
Audición (Prueba Informal)					
Lenguaje					
Respiración					
Observaciones					

.....
Firma y sello de Fonoaudiologo/a

.....
Fecha

.....
Lugar

.....
Sello de Institución

8 - Ergometría (solo para profesionales de Educación Física)
Observaciones

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
Papanicolauo
Rectosigmoideoscopia
ECG

11 - Interconsultas

*Una vez completado el control de salud realizar llenado de certificado.
Los controles y el certificado deben ser nuevos*

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que la Sra./Sr. DNI

Edad Se encuentra al momento de la valoración clínica

Observaciones

.....

.....

.....

.....
Lugar Fecha Hora

.....
Sello de Institución

.....
Firma y sello de medico

Examen Psicológico

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

HTPP

Evaluación Gestálica (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