

# 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 - Exámen Fonoaudiológico					
Audición (Prueba Informal)					
Lenguaje					
Respiración					
Observaciones					

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

.....  
Fecha

.....  
Lugar

.....  
Sello de Institución

<b>8 - Ergometría (solo para profesionales de Educación Física)</b>
Observaciones

<b>9 - Esquema de Vacunación</b>		
DT (Refuerzo)	Doble Viral	HVB
Antigripal	Anti amarilica	
Completo	Incompleto	

<b>10 - Solicitar métodos complementarios según antecedentes personales y/o familiares</b>
Hemograma
Glucemia
Colesterol, TG, HDL
Mamografía
Papanicolauo
Rectosigmoideoscopia
ECG

<b>11 - Interconsultas</b>
----------------------------

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

**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