

UU 4 4

Control Anual de Salud para estudiantes de Educación Superior
Dirección Gral. de Educación Superior - Dirección Gral. de Educación Privada

Nombre y Apellido L _____ DNI L _____

Fecha de Nacimiento L _____ Edad L _____ Domicilio L _____

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- 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 < 60 Años		
Dislipidemia			Trast. Endocrinológicos		
Cáncer de Mama			Alergias		

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

6- Exámen Físico			
Peso	Talla	IMC	TA
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 Fonoaudiólogo/a

Fecha

Lugar

Sello de Institución

