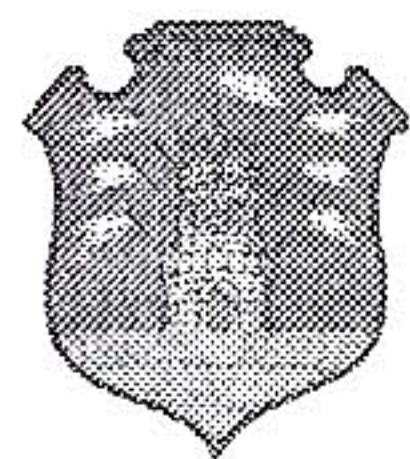




MEMORÁNDUM Nº 01/11

PARA INFORMACIÓN DE: SRES. INSPECTORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR	PRODUCIDO POR DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR PROF. Y LIC. LETICIA PIOTTI
---	--

**ASUNTO: DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR –
S/CERTIFICADO DE SALUD PSICOFÍSICA.**

Esta Dirección General de Educación Superior remite a los Sres. Supervisores y por su intermedio a los Institutos de su dependencia, el modelo de Certificado de Salud Psicofísica a los fines de dar cumplimiento a lo establecido en el Régimen Académico Marco (Res. 412/10 – Art.9).

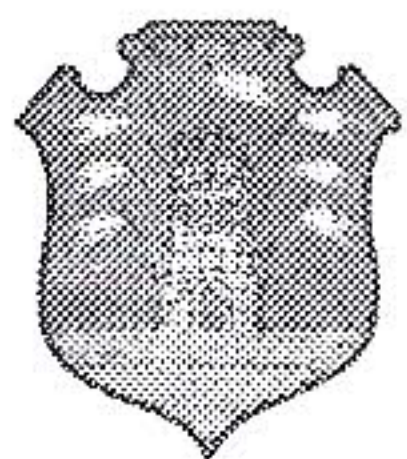
Asimismo, se dispone el siguiente procedimiento:

- 1- Cada Instituto de Educación Superior deberá confeccionar el formulario correspondiente de acuerdo con el modelo anexo. Podrá agregar los estudios o preguntas que requiera, en función de las particularidades de la/s Carrera/s que ofrece.

Al momento de la inscripción, el estudiante recibirá el formulario que completará y entregará a un médico del sistema público o privado de salud, junto a los estudios solicitados, para su certificación. El estudiante deberá concurrir a su médico acompañado de su D.N.I. y del certificado de vacunas.

- 2- Una vez completo y firmado por el profesional, entregará el formulario a la secretaría del IES para formalizar su inscripción en la Carrera.

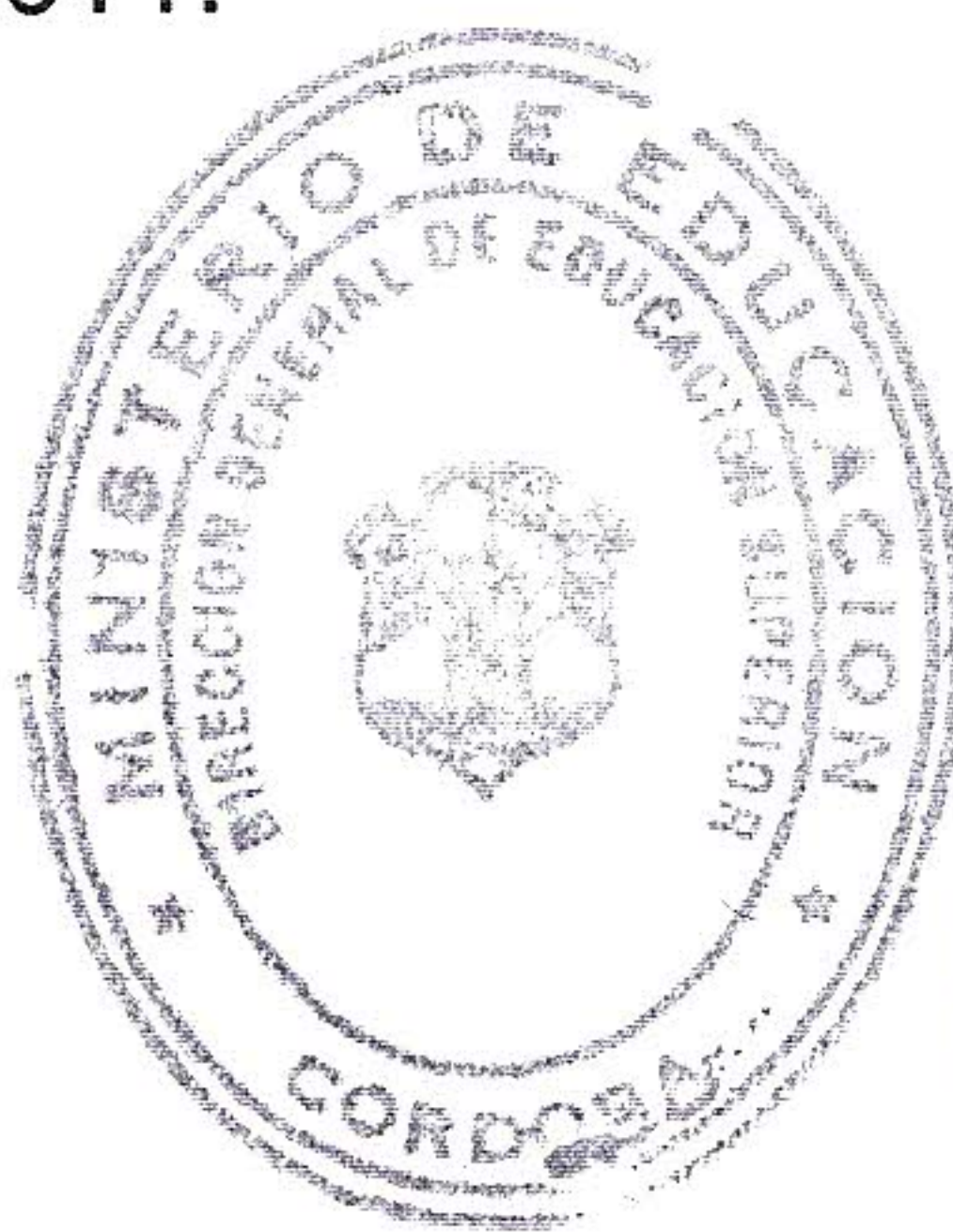
Se aclara que:



- El certificado de salud psicofísica a que se hace referencia, se utilizará a los efectos de la inscripción en la/s Carrera/s de Nivel Superior de que se trate y en las salidas educativas.
- El procedimiento anteriormente señalado deberá incluirse en el Régimen Académico Institucional (RAI).

Finalmente, se deberá dar amplia difusión institucional al presente Memorándum.

Córdoba, 17 de Febrero de 2011.



Prof. y Lic. LETICIA PIOTTI
Directora Gen. de Educación Superior
Ministerio de Educación

MINISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE ENSEÑANZA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

FICHA MÉDICA DE SALUD

Apellido/s y nombre/s			Tipo y N° de documento		Legajo N° / Matrícula	
Calle		Número		Barrio		
Localidad			Provincia		N° de teléfono / celular	
Lugar de nacimiento (Localidad y Provincia)				Fecha de nacimiento		
Carrera				Curso / División / Turno		
Obra Social a la que pertenece				N° de Afiliado		

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido/s y nombre/s			Parentesco			
Calle		Número		Barrio		
Localidad			Provincia		N° de teléfono / celular	

Antecedentes

1. Vacunación

Nombre	SI	NO	Ignora
BCG			
Doble			
Triple			
Sabin			
Refuerzo antitetánica			
Fecha aproximada →			

3. Alergias

	Tipo o grado
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros:	

2. Antecedentes Patológicos

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.
Asma			
Desmayo			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sinusitis			
Hepatitis			
Bronquitis			
Laringitis			
Afecciones cardíacas			
Afecciones de oídos			
Problemas óseos			
Problemas articulares			
Hemorragias			
Dolores de cabeza			

Firma/s

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs.

5. Durante la actividad física sufrió/e:

	SI	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

6. Medicamentos no prescritos

Tipo	SI	NO
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

Nombre	Obs.

8.

Grupo Sanguíneo	
Factor RH	

10. Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aprox.

11. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica:

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

INFORME MÉDICO

Examen Físico			Examen Bucodental			SI	NO
	Peso:	kg		Faltan piezas			
	Talla:	cm		Caries			

Examen Oftalmológico		
Agudeza Visual	Der.:	Izq.:
Usa anteojos	SI	NO
Otros:		

Examen Piel y T.C.S.C:

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardiaca	
Tensión arterial:	
Examen Respiratorio:	
Examen abdomen:	
Examen Genitourinario:	
Examen Osteoarticular:	
Examen Neurológico:	

Firma y sello del médico

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

Examen Cardiovascular	Reposo	2º Ejercicio	Recup.

Columna Vertebral	Normal	Cif.	Lord.	Esc.
Miembros superiores				
Miembros inferiores				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

Impresión Diagnóstica Clínica		
Normal	Derivado a:	Debe volver
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

CONSTE que atendí a..... Documento de Identidad N°..... de.....años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la Institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha:

NOTIFICADO:

Firma:²_____

Aclaración.:_____

D.N.I.:_____

Firma:_____

Aclaración.:_____

D.N.I.:_____

Lugar y fecha:

² En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

INISTERIO DE EDUCACION DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE INSTITUTOS PRIVADOS DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNICA Y FORMACION PROFESIONAL

- a. Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (Eritrosedimentacion, Uremia, Glusemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, formula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar mas de 60 días de realizado al momento de la revisión medica.
- b. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Torax, Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).
- c. Informe oftalmológico y ORL: Audiometrías o estudios de ojos.
- d. Informe psicológico
- e. Informe odontológico

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quién esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:¹_____

Firma:_____

Aclaración.:_____

Aclaración.:_____

D.N.I.:_____

D.N.I.:_____

Lugar y fecha:

¹ En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.