

SALTA, 03 FEB 2010

RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
EXPEDIENTE N° 140 - 5137/09

132
0044

VISTO el expediente de referencia mediante el cual se gestiona la implementación de un CERTIFICADO DE CONTROL ANUAL DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR de las Unidades Educativas dependientes de la Dirección General de Educación Superior y de la Dirección General de Educación Privada; y

CONSIDERANDO:

Que la Dirección General de Educación Superior solicita la elaboración del instrumento legal pertinente, dado que al carecer de un modelo único, las Unidades Educativas dependientes del Nivel tramitan el mismo conforme a su criterio;

Que resulta necesario lograr la unificación de los certificados médicos para los ingresantes dependientes de la mencionada Dirección;

Que por tratarse de cuestiones de competencia del Ministerio de Salud, deviene oportuno el accionar conjunto y coordinado de ambos Ministerios para la concreción del fin propuesto;

Que se constituyó una comisión de trabajo al efecto integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública: el Sr. Subsecretario de Gestión de la Salud Dr. Carlos Alejandro Gravanago, Dra. Romina Natalia Barbagallo, Dra. Laura Carolina Romero Nayar, Dra. Natalia Gandih Sarzur y en representación de la Subsecretaria de Planeamiento Educativo su titular, Prof. Rosana Hernández y la Dra. Mónica Zoricich (fs. 49);

Que en tales circunstancias, corresponde el dictado del instrumento legal pertinente;



RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
EXPEDIENTE N° 140 - 5137/09

132
0044

Por ello;

**EL MINISTRO DE EDUCACION Y
EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVEN:**

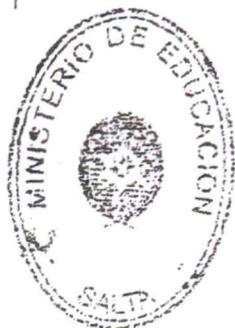
ARTICULO 1°.- Aprobar el modelo de CERTIFICADO DE CONTROL ANUAL DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR de las Unidades Educativas dependientes de la Dirección General de Educación Superior y de la Dirección General de Educación Privada, que como ANEXO forma parte de la presente.

ARTICULO 2°.- Notificar a la Secretaría de Gestión Educativa y a sus Direcciones Generales de Educación Superior y de Educación Privada a los fines de dar difusión y cumplimiento a la implementación del referido CERTIFICADO DE CONTROL ANUAL DE SALUD como requisito de inscripción en cada período escolar.

ARTICULO 3°.- Notificar a la Secretaría de Gestión de Salud Pública y a todos sus organismos y dependencias de la obligatoriedad de difundir y dar cumplimiento al mencionado CERTIFICADO.

ARTICULO 4°.- Dejar sin efecto los formularios actualmente vigentes y reemplazarlos por el nuevo CERTIFICADO DE CONTROL ANUAL DE SALUD.

ARTICULO 5°.- Comunicar, publicar en el Boletín Oficial y Archivar.-



[Handwritten signature]
Dr. ALFREDO ELIO QÜERIO
MINISTRO DE SALUD PUBLICA

[Handwritten signature]
LIC. LEOPOLDO VAN CAUWLAER
MINISTRO DE EDUCACION
PROVINCIA DE SALTA

SECRETARÍA DE GESTIÓN EDUCATIVA
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN PRIVADA
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

0044



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

Nombre y Apellido _____ DNI _____
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- 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-Obstreticos | | | | |
|------------------------------------|----|----|--------|------------|
| 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 Fonoaudióloga/o

Fecha

Lugar

Sello de Institución

0044

8- Ergometría (solo para Profesorado de Educación Física)

Observaciones

Firma y Sello de Cardiólogo/o Fecha Lugar Sello de Institución

| | | |
|--|---------------|-----|
| 9- Esquema de Vacunación | | |
| DT (refuerzo) | Doble Viral | HVB |
| Antigripal | Antiamebílica | |
| Completo | Incompleto | |
| 10- Solicitar metodos complementarios según antecedentes personales y/o familiares | | |
| Hemograma | | |
| Glucemia | | |
| Colesterol, TG, HDL | | |
| Mamografía | | |
| Papanicolaou | | |
| Rectosigmoideoscopia | | |
| ECG | | |
| 11- Interconsultas | | |

Una vez completo el control de salud realizar llenado de certificado.
Los controles y el certificado deben ser anuales.

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 del médico