

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;



*Ministerio de Educación  
Provincia de Salta*

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 QUERIO  
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

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

**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 Fonoaudióloga/o

Fecha

Lugar

Sello de Institución

