

SOLICITUD DE LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS

DATOS DEL / LA DOCENTE:

Apellido:..... Documento:..... Sexo:..... Edad:.....
 Fecha de Nacimiento:..... Domicilio Real:.....
 Ciudad:..... Provincia:..... CP:..... Teléfono:.....
 E-mail:.....
 El/la docente declara que el/los día/s/...../..... (y/...../.....) procederá a la realización de exámenes preventivos, para la salud consignados según edad.

Fecha: _____ Firma del/la docente _____ Firma y Sello Autoridad del Establecimiento _____

Para ser completado por el/los profesional/les médicos interviniente/s (indicar examen realizado), y ser presentado junto a los informes pendientes a la Auditoría Médica para su homologación

Exámenes comprendidos Según las Recomendaciones del Ministerio de Salud de La Nación para el control de la persona sana		Fecha de realización	Firma y Sello del Médico
<input checked="" type="checkbox"/> TILDAR Examen de salud entre los 25 a 35 años			
<input type="checkbox"/>	Examen clínico anual.		1)
<input type="checkbox"/>	Control de tensión arterial		
<input type="checkbox"/>	Control de talla y peso.		2)
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou cada 3 años.		
<input type="checkbox"/>	Un control de Colesterol y HDL		3)
<input type="checkbox"/>	Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años		
<input type="checkbox"/>	Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones		

Examen de salud entre los 35 a 45 años		Fecha de realización	Firma y Sello del Médico
<input checked="" type="checkbox"/> TILDAR			
<input type="checkbox"/>	Examen clínico anual.		1)
<input type="checkbox"/>	Control de tensión arterial		
<input type="checkbox"/>	Control de talla y peso.		2)
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou cada 3 años.		
<input type="checkbox"/>	Colesterol con periodicidad según resultado obtenido (ver normas particulares)		3)
<input type="checkbox"/>	Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones		

Examen de salud entre los 45 a 55 años		Fecha de realización	Firma y Sello del Médico
<input checked="" type="checkbox"/> TILDAR			
<input type="checkbox"/>	Examen clínico anual.		1)
<input type="checkbox"/>	Control de tensión arterial.		
<input type="checkbox"/>	Control de talla y peso.		2)
<input type="checkbox"/>	Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años.		
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou cada 3 años.		3)
<input type="checkbox"/>	Glucemia cada tres años en caso de ser normal.		
<input type="checkbox"/>	TSH en mujeres mayores de 50 años		
<input type="checkbox"/>	Mamografía cada 2 años en mujeres desde los 50 años		
<input type="checkbox"/>	Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones		

Examen de salud entre los 55 a 65 años		Fecha de realización	Firma y Sello del Médico
<input checked="" type="checkbox"/> TILDAR			
<input type="checkbox"/>	Examen clínico anual.		1)
<input type="checkbox"/>	Control de tensión arterial.		
<input type="checkbox"/>	Control de talla y peso.		2)
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou cada 3 años.		
<input type="checkbox"/>	Mamografía cada 2 años. Prevención del Cáncer de Mama.		3)
<input type="checkbox"/>	Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.		
<input type="checkbox"/>	Sangre oculta en materia fecal anual.		
<input type="checkbox"/>	Colesterol.		
<input type="checkbox"/>	Glucemia cada 3 años.		
<input type="checkbox"/>	Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.		

Examen de salud para mayores de 65 años		Fecha de realización	Firma y Sello del Médico
<input checked="" type="checkbox"/> TILDAR			
<input type="checkbox"/>	Examen clínico anual.		1)
<input type="checkbox"/>	Control de presión arterial.		
<input type="checkbox"/>	Control de talla y peso.		2)
<input type="checkbox"/>	Sangre oculta en materia fecal anual.		
<input type="checkbox"/>	Papanicolaou.		3)
<input type="checkbox"/>	Mamografía cada 2 años hasta los 70 años. Prevención del Cáncer de Mama.		
<input type="checkbox"/>	Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.		
<input type="checkbox"/>	Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes.		
<input type="checkbox"/>	No es necesario realizar audiometría.		
<input type="checkbox"/>	Examen de agudeza visual.		
<input type="checkbox"/>	Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones		

La auditoria medica homologa si/no la licencia del/os día/s ____/____/____ (y ____/____/____); FIRMA Y SELLO:

LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS

(Constancia para ser entregada por el agente en el/los establecimientos donde presta Servicios)

Apellido y Nombre: _____ RUAMeL/D.N.I: _____

Habiendo el docente acreditado la realización de exámenes, y verificada su correspondencia; SI/NO se homologa la licencia del/los día/s ____/____/____ (y ____/____/____).

Lugar y Fecha: _____ Firma y Sello del Auditor Médico : _____

(PARA EL ARCHIVO DE LA AUDITORIA MEDICA)

PARA EL AGENTE