

BOLETÍN DE SALUD ESCOLAR

Foto

DATOS DEL ALUMNO (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:.....Nombre:.....
.....
D.N.I.:..... Fecha de nacimiento:____/____/____
Sexo: Femenino Masculino
Domicilio:.....Nº.....
.....
Departamento:.....Localidad:.....
Teléfono:.....
Nivel: INICIAL PRIMARIO SECUNDARIO
Establecimiento Escolar:.....
Dirección:.....

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:.....Nombre:.....D.N.I.
Nº:.....
Domicilio:.....Nº:.....
.....
Departamento:.....Localidad:.....
Teléfono:.....
Trabaja: Si No
Cobertura Social: OBRA SOCIAL PLAN PRIVADO NINGUNA

ANTROPOMETRIA DEL ALUMNO

PESO:.....gr.		TALLA:.....cm.	Tensión:.....
		Arterial:...../.....(mmHg)	
SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C.			
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFERICO			
S.N.P.			
Antecedentes patológicos: SI NO		Cuál?.....	
Recibe Alguna Medicación: SI NO		Cuál?.....	
Usa Anteojos: SI NO			
Usa ORTESIS: SI NO	PROTESIS: SI NO	SILLA DE RUEDA: SI NO	
ALERGIA: SI NO	Cuál?.....		

Firma del Tutor

Firma del Médico

Posee alguna discapacidad FISICA SI NO

PSIQUICA SI NO

Posee Certificado Único de Discapacidad

SI

NO

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concurre a Rehabilitación?

SI

NO

¿Concurrió a Rehabilitación?

SI

NO

CALENDARIO DE VACUNACION (Marcar con una X lo que corresponda o adjuntar fotocopia de ficha de vacunación)

EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádrupel bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble bacteriana (dTa) (8)
Recién nacido	1ª dosis*	1ª dosis*					
2 meses		2ª dosis*	1ª dosis*	1ª dosis*			
4 meses			2ª dosis*	2ª dosis*			
6 meses		3ª dosis*	3ª dosis*	3ª dosis*			
12 meses						1ª dosis*	
18 meses			4ª dosis*				
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis *	
11 años		Iniciar o Completar esquema (3ª dosis)**				Refuerzo	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							
SI / NO							

APTO PARA EDUCACION FISICA:

Goza de buena salud Para realizar ejercicios físicos, acorde a su edad cronológica (para las clases de Educación Física): **Recomendaciones a considerar:**

.....

.....

ELECTROCARDIOGRAMA: (Lectura del cardiólogo)

Profesional del Sistema de Salud

Apellido y Nombre:.....

Matrícula:.....

Centro Asistencial:.....

..... Fecha de Presentación:...../...../.....

.....

Firma y sello del profesional

.....

.....

Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad

Sello y firma del Cardiólogo

FICHA DENTAL ESCOLAR

Apellido y Nombre del Alumno:.....

Edad:.....

Normo	Disto	Mesio	HABITOS	Chupete	Mamadera	Otros

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51

61 62 63 64 65

Derecho

85 84 83 82 81

Izquierdo

71 72 73 74 75

Fecha

Observaciones:.....

.....

.....

Recomendaciones:.....

.....

CERTIFICO QUE.....

Referencia:.....

POSEE ESTADO BUCO - DENTAL.....

Color ROJO: Prestaciones Existetes

Color Azul: Prestaciones Requeridas

Color VERDE: 1º Molar Permanente

Sello y firma del Odontólogo

FECHA:_____/_____/20____