## BOLETÍN DE SALUD ESCOLAR

Foto

Domicilio:			/ Sexo: Femen		
D.N.I.:					
		:	Sovo: Fomon		
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			Nº	
Departamento: Teléfono:			••••		
Nivel: INICIAL P		S	ECUNDARIO		
			200112111110		
Establecimiento Escolar: Dirección:					
		OR (Marcar con una	a X lo que corr	esponda)	
Apellido:					D.N.I.
Nº:					
Domicilio:					Nº:
			•		
Departamento: Teléfono:		Localidad	I <b>:</b>		
		m 1 ·	2		_
		Trabaja:	S	i No	)
Cobertura Social: OBRA SOCIAL		PLAN PRIVADO			NINGIINA
Sobertura Social. Obier Sociale		TRIA DEL ALUMN			- TINGON/I
		cm.			
PESO:gr.	Arterial:	/	(mmH	g)	
SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOG	ICO	DIAGNÓST	ICO (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?	<u>.</u>		
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

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)	Cuádrupe 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, aco Educación Física): Recomendaciones a considerar:	rde a su edad cronológica (para las clases de
ELECTROCARDIOGRAMA: (Lectura del cardiólogo)	
Profesional del Sistema de Salud Apellido y Nombre:	
Matrícula:	Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad
Asistencial: Fecha de Presentación://	
Firms y solls del profesional	

Sello y firma del Cardiólogo

## FICHA DENTAL ESCOLAR

Alumana				Apellido y N	
Alumno:					
		Ed	ad:		
Normo Disto	Mesio		Chupete	Mamadera	Otros
		HABITOS			
18 17 16 15	14 13 12 11	21 22 23 24 25	5 26 27 28		
				1	
				<u>Fecha</u>	
				J	
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	5 21		
			Ŋ		
Derech 🔲			] Izquie	erd	
o 85	84 83 82 81	71 72 73 74 75	0		
CEDTI	IEICO OHE	^		DOCEE ECTA	DO DIICO
Observaciones:	IFICO QUE			POSEE ESTA iones Existetes ones Requeridas	
·····			or VERDE: 1º Mo		
Recomendaciones:	***************************************				
			Sello y firma del Odontólogo		
		FECH	A:/	′	_/20