

PLANILLA DE SALUD ESCOLAR

Fecha: __/__/__

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

Apellidos: Nombres:.....
 D.N.I: Fecha de Nacimiento __/__/__ Sexo: Femenino: Masculino:
 Domicilio: N°
 Departamento: Localidad: Teléfono:
 Nivel: INICIAL: PRIMARIA: SECUNDARIA:
 Establecimiento Escolar: Dirección:.....

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

Apellidos: Nombres: D.N.I. N°:.....
 Domicilio: N°:
 Departamento: Localidad: Teléfono:
 Trabaja: SI: NO:
 Cobertura Social: Obra Social: Plan Privado: Ninguna:

ANTROPOMETRIA DEL ALUMNO

PESO:..... gr. TALLA: cm. TENSION ARTERIAL:(mmHg)

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGICO	DIAGNOSTICO (OMS)
PIEL			
S.NC.			
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFÉRICO			
S.N. P.			

Antecedentes patológicos SI: NO: ¿Cuál?:
 Recibe alguna medicación: SI: NO: ¿Cuál?:
 Usa anteojos: SI: NO: ¿Cuál?:
 Usa ORTESIS: SI: NO: PROTESIS: SI: NO: SILLA DE RUEDADAS: SI: NO:
 ALERGIA: SI: NO: ¿Cuál?

Posee alguna discapacidad FISICA: SI: NO: PSIQUICA: SI: NO:

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) SI: NO:

TIPO DE DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concurre a rehabilitación? SI: NO:

VALIDO POR EL AÑO ESCOLAR VIGENTE



CALENDARIO DE VACUNACIÓN (Marcar con una X lo que corresponda)

EDAD	BCG (1)	HEPATITIS B (HB) (2)	CUÁDRUPLE BACTERIAN A (DPT- HIB) (3)	SABIN (OPV) (4)	TRIPLE BACTERIANA (DPT) (5)	TRIPLE VIRAL (SRP) (6)	DOBLE BACTERIANA (DTA) (8)
Recien 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*	4ª dosis*			
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis*	
11 años		Iniciar o completa esquema (3ª dosis*) ***				Refuerzo ***	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							

APTO PARA EDUCACION FISICA: SI: **NO:** **Causa:**

.....

.....

.....

PROFESIONAL DEL SISTEMA DE SALUD:

Apellidos y Nombres:.....

Matricula:.....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Presentación: _ / _ / _ _ _ _

Firma y sello del profesional

Firma del Padre / Madre / Tutor