



INSTITUTO SUPERIOR "PEDRO GOYENA" (0407)
Instituto de Educación Pública de Gestión Privada.-

ANEXO I
BOLETÍN DE SALUD ESCOLAR

Fecha: __/__/__

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 : Sala de 4		Sala de 5	
Turno:		Turno:	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuál?.....
Recibe Alguna Medicación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuál?.....
Usa Anteojos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Usa ORTESIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROTESIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALERGIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SILLA DE RUEDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cuál?.....

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				

¿Concorre a Rehabilitación? SI NO

¿Concurrió a Rehabilitación? SI NO

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

EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádruple bacterian	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana	Triple Viral (SRP)	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							

APTA PARA ED. FISICA : SI NO

Causa:.....

<p>Profesional del Sistema de Salud</p> <p>Apellido y Nombre:.....</p> <p>Matrícula:.....</p> <p>Centro Asistencial:.....</p> <p>Fecha de Presentación:...../...../.....</p> <p>.....</p> <p>Firma y sello del profesional</p>
--

<p>.....</p> <p>Firma del Padre/Madre/Tutor o</p>
--

FICHA DENTAL ESCOLAR

Nº

Escuela:.....
 Nombre y Apellido Alumno:.....

Grado/Curso:.....
 Edad:.....

Normo	Disto	Mesio

HABITOS

Chupete	Mamadera	Otros

18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 55 54 53 52 51 85 84 83 82 81		21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38 61 62 63 64 65 71 72 73 74 75
Derecho		Izquierdo

Observaciones:.....

Referencia { Color ROJO: Prestaciones Existetes
 Color Azul: Prestaciones Requeridas
 Color VERDE: 1º Molar Permanente

D	Tratamiento	Fecha	D	Tratamiento	Fecha

.....
 Odontólogo Responsable