



CULTURA, EDUCACIÓN,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA | SERVICIO PROVINCIAL
DE ENSEÑANZA PRIVADA



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:..... N°.....
 Departamento:..... Localidad:..... Teléfono:.....
 Nivel: PRIMARIO : GRADO: 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º
 Turno:
 Establecimiento Escolar:..... Dirección:.....

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

Apellido:..... Nombre:..... 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. 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?.....

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 bacteriana	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:.....

Grado/Curso:.....

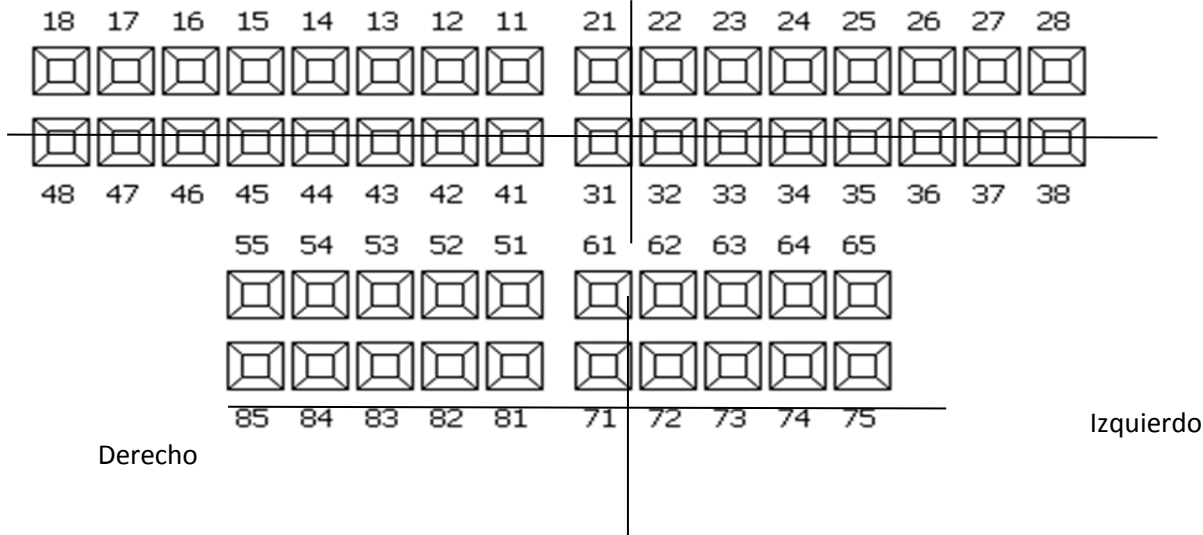
Nombre y Apellido Alumno:.....

Edad:.....

Normo	Disto	Mesio

HABITOS

Chupete	Mamadera	Otros



Observaciones:.....

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

D	tratamiento	Fecha	D	Tratamiento	Fecha
.....
.....
.....
.....
.....

.....
 Odontólogo Responsable