

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: SECUNDARIO : Curso:		1º	2º
Turno:		3º	4º
		5º	
		Cs. Soc.:..... Ec y Ad.:..... Cs.Nat.....	
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?.....	

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)	Cuádrupé bacteriana	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana	Triple Viral (SRP) (6)	Doble bacteriana
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:.....

Profesional del Sistema de Salud
 Apellido y Nombre:.....
 Matrícula:.....
 Centro Asistencial:.....
 Fecha de Presentación:...../...../.....

Firma y sello del profesional

.....
Firma del Padre/Madre/Tutor



FICHA DENTAL ESCOLAR

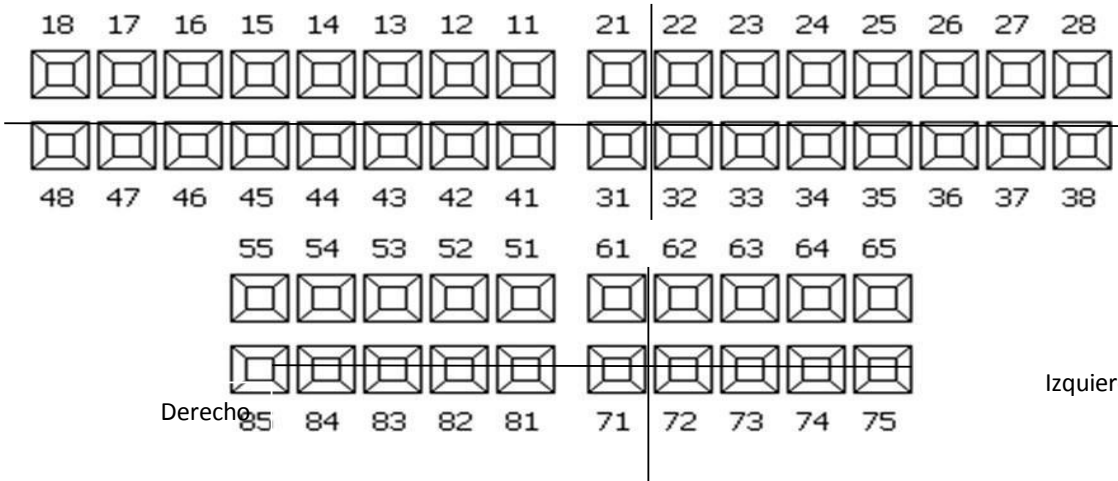
Nº
 Grado/Curso:.....
 Edad:.....

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

Normo	Disto	Mesio

HABITOS

Chupete	Mamadera	Otros



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