

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	
Establecimiento Escolar:.....		Dirección:.....	
		Cs. Soc.:..... Ec y Ad.:.....	

**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
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) (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:**.....

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

.....
<b>Firma del Padre/Madre/Tutor</b>



**FICHA DENTAL ESCOLAR**

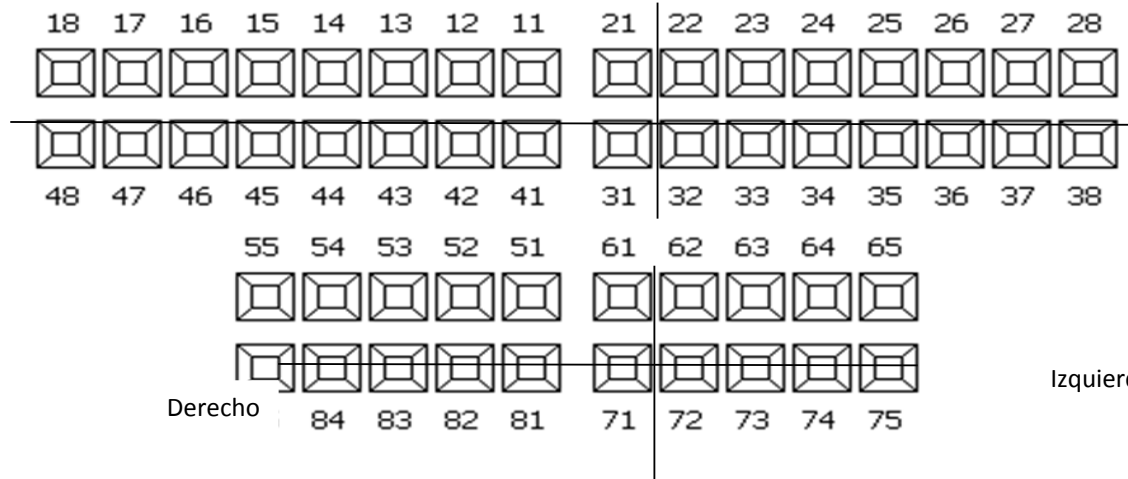
Nº

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