



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 PRIMARIO SECUNDARIO
 Establecimiento Escolar: Centro Educativo Alas y Raíces Dirección: Santa Fe 1784

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:.....kg. 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 FÍSICA SI NO PSÍQUICA 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 (DPT-Hib) (3)	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble bacteriana (dT _a) (7)
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							

APTO PARA EDUCACION FISICA:

Causa:

<p><u>Profesional del Sistema de Salud</u></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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad</p>
---	---

Aclaración: se debe adjuntar estudios cardiológicos y oftalmológicos.

