



HISTORIA CLÍNICA ÚNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

Fecha: ___/___/___

DATOS DEL ALUMNO (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido: Nombres:
 D.N.I.: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Femenino: Masculino:
 Domicilio: N°:
 Departamento: Localidad: Teléfono:
 Nivel: INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA
 Establecimiento Escolar: Dirección:

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

Apellido: Nombres: D.N.I.:
 Domicilio: N°:
 Departamento: Localidad: Teléfono:
 Trabaja: SI NO
 Cobertura Social: OBRA SOCIAL PLAN PRIVADO NINGUNA

ANTROPOMETRIA DEL NIÑO

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 ¿Cual?:

Recibe Alguna Medicación: SI NO ¿Cual?:

Usa Anteojos: SI NO ¿Cual?:

Usa ORTESIS SI NO PROTESIS: SI NO SILLA DE RUEDAS: SI NO

ALERGIA SI NO ¿Cual?:

Posee alguna discapacidad FÍSICA SI NO PSÍQUICA SI NO

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) SI NO



HISTORIA CLÍNICA ÚNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

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)	Sabín (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral(SRP) (6)	Doble bacteriana (dT _a)(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*	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 EDUCACIÓN FÍSICA: SI NO

CAUSA:

Profesional del Sistema de Salud:

Apellido y Nombre:.....

Matrícula:.....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Prestación: ____/____/____

.....

Firma y sello del profesional

.....

Firma del Padre / Madre / Tutor

.....

Aclaración

.....

D.N.I. N°

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....