



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 Inicial: Nivel Primario: 1° ciclo: 2° ciclo: Nivel Medio:
 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

ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO

Peso:.....gr. Talla:.....cm Tensión arterial:/..... (mmHg) Grupo Sanguíneo:.....

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C			
OJOS (Informe de vista)			
OIDOS (Informe de audimetría)			
NARIZ			
BOCA (Informe bucodental)			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR (Informe de electro)			
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 CELIACO: SI NO DIABETES: SI NO
 Usa ORTESIS: SI NO PROTESIS: SI NO SILLA DE RUEDAS: SI NO
 ALERGIA: SI NO Cuál?:.....

Posee alguna discapacidad FISICA SI NO PSIQUICA SI NO

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) 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)	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 EDUCACION FISICA: 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