



HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública – Honorable Consejo General de Educación

INSTITUTO GUTENBERG –Cód. 1040
Obra Educativa de la Congregación San Pedro
de la Iglesia Evangélica Luterana Unida

Fecha: _/ _/ _

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

Apellido:..... Nombre:.....
 D.N.I:..... Fecha de nacimiento: _/ _/ _
 Domicilio:..... N°:.....
 Departamento:..... Localidad..... Teléfono:.....
 Nivel: INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA
 Establecimiento Escolar:..... Dirección:.....

DATOS DEL RESPONSABLE PARENTAL /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

ANTROPOMETRIA DEL NIÑO/A

PESO:.....gr. TALLA:.....cm. GRUPO SANGUÍNEO..... 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 PERIFÉRICO			
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 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				



HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

Provincia de Misiones

Ministerio de Salud Pública – Honorable Consejo General de Educación

INSTITUTO GUTENBERG –Cód. 1040

Obra Educativa de la Congregación San Pedro de la Iglesia Evangélica Luterana Unida

¿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 (dTa) (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 Responsable parental/Tutor