



FICHA DE SALUD
NIVEL INICIAL

LA PRESENTE FICHA DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

1. DATOS PERSONALES

AÑO LECTIVO
 NOMBRE DEL ALUMNO
 EDAD años SALA TURNO

2. INFORMANTE

MADRE PADRE OTROS
 NOMBRE Y APELLIDO
 FIRMA D.N.I.

3. ANTECEDENTES Y ENFERMEDADES

A. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTRO MÉDICO?
 No SI ¿CUÁL?
 ¿POR ESTE MOTIVO, RECIBE ALGÚN MEDICAMENTO EN FORMA FRECUENTE U OCASIONAL?

 B. ¿FUÉ INTERNADO ALGUNA VEZ? No SI ¿POR QUÉ?
 C. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? No SI ¿CUÁL?.....
 D. ¿RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? No SI ¿CUÁL?
 E. ¿SUFRIÓ CONVULSIONES? No SI ¿DE QUÉ TIPO?.....
 F. ¿PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA? No SI ¿CUÁL?.....

4. MARQUE LAS ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL ALUMNO

VARICELA MONONUCLEOSIS RUBEOLA
 MENINGITIS ESCARLATINA HEPATITIS
 PAPERAS SARAMPIÓN OTRAS

5. VACUNAS

	CANTIDAD DE DOSIS
A. BCG <input type="checkbox"/>
B. SABÍN <input type="checkbox"/>
C. ANTISARAMPIONOSA <input type="checkbox"/>
D. CUÁDRUPLE <input type="checkbox"/>
E. OTRAS <input type="checkbox"/>

6. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO POR ESPECIALIDADES

A. CARDIOLOGÍA.....

.....

OBSERVACIONES

B. BUCODENTAL

.....

OBSERVACIONES

C. NEUROLOGÍA

.....

OBSERVACIONES

D. CLÍNICA PEDIÁTRICA

.....

PESO TALLA

OBSERVACIONES

E. ESTADO NUTRICIONAL

.....

OBSERVACIONES

APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

SÓLO PARA ALUMNOS DE PREESCOLAR (5 AÑOS)

A. OFTALMOLOGÍA

.....

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

B. ORL

.....

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

C. FONOAUDIOLOGÍA

.....

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FECHA DE REALIZACIÓN / /