



CARNET DE SALUD ESCOLAR

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de documento

Fecha de Nacimiento Sexo F M

Calle Nº Piso Depto

Localidad C.P.

Departamento

Teléfono/Celular

Establecimiento Educativo

Grado/División/Turno

Apellido y nombre del padre/madre/tutor:

DNI Fecha de Nac

Nació Prematuro Si No Peso al nacer

Cobertura Médica

Efactor de Salud responsable del examen:

H.C. Nº

Nombre del Médico responsable del examen:

SEÑORES PADRES

RECUERDEN QUE:

- Este documento único de salud debe ser presentado a requerimiento de las autoridades educativas con el examen médico actualizado. Debe ser conservado en las mejores condiciones.
- El Examen médico actualizado habilita para realizar actividades de Educación Física intra e interescolar que respeten la edad, el sexo, y la contextura física del niño/a
- No habilita para actividades competitivas o de alto rendimiento
- El cumplimiento de los controles anuales de salud les permitirá conocer el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Marque lo que corresponda.

En menores de 13 años, deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

En caso que el adolescente concurra solo a la consulta podrá completarla él mismo si conoce los antecedentes.

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Presión arterial elevada			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Obesidad			Cirugías		
Asma bronquial			Internaciones		
Convulsiones			Enf. infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo.		
Diabetes			Alergias		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor fuerte en el pecho Mayor cansancio que sus compañeros Palpitaciones Dificultad para respirar durante o después de la actividad física			Medicación habitual		
Vacunación completa			Alergia a algún medicamento		
			Consumo de vitaminas		
			Problemas de piel		

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años.			Obesidad		
Problemas cardíacos			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			Tos crónica		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces

Firma del padre, la madre o el responsable legal

Firma del adolescente (Mayor de 13 años)

Fecha

Aclaración

Aclaración

EXÁMEN FÍSICO

Nivel inicial 1er. grado 6to. grado 2do. año

Fecha			Edad		Peso KG	Talle CM	IMC	TA		Escolaridad
Día	Mes	Año	Años	Meses				Máxima	Mínima	
Dificultad de aprendizaje: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							Problema de conducta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Vacunación: Trajo carnet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Está completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							Vacunas faltantes:			

Oftalmología (No se requiere evaluación por especialista)		Audiológico / Otorrinolaringológico (No se requiere evaluación por especialista)			
Estrabismo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Usa lentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Test de Snellen: Agudeza izquierda__ /10 Agudeza derecha__ /10	Test realizado: <input type="checkbox"/> Tato <input type="checkbox"/> Otro		Hipoacusia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Derivación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		Trastorno fonación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Antecedentes:		Otros trastornos de la comunicación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Medicación prolongada:	
		Derivación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Examen físico		Normal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Apto educación física <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Piel y Faneras: <input type="checkbox"/> Impétigo <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica <input type="checkbox"/> Otras Dermatitis <input type="checkbox"/> Trastornos de la pigmentación <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Otras	Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Soplo benigno <input type="checkbox"/> Soplo patológico <input type="checkbox"/> Arritmia Pulsos periféricos: <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MS ECG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Respiratorio: <input type="checkbox"/> Infección respiratoria alta <input type="checkbox"/> Infección respiratoria baja <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros	Genitourinario: <input type="checkbox"/> Infección vías urinarias <input type="checkbox"/> Ectopía testicular <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Varicocele <input type="checkbox"/> Alteraciones en el estadio de Tanner <input type="checkbox"/> Otros	Abdomen: <input type="checkbox"/> Hernia abdominal <input type="checkbox"/> Hernia inguinal <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Masa palpable <input type="checkbox"/> Otros	Osteoarticular: <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Alteraciones de la marcha <input type="checkbox"/> Pie plano <input type="checkbox"/> Otros	Neurológico: <input type="checkbox"/> Retraso mental <input type="checkbox"/> Trastornos del desarrollo <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Otros
Observaciones generales:		Tanner grado: G_____/5 VP_____/5	Mecarca / Espermarca: años ____		FIRMA Y SELLO MÉDICO	
		Información sexual: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
		Trabaja: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Derivación especialidad:						

EXÁMEN ODONTOLÓGICO

Hábitos nocivos para la salud bucal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FIRMA Y SELLO MÉDICO
Maloclusión: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Fluor aplicado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Caries: ____ Cantidad: ____	Requiere tratamiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CPO Dental:	CEO:	

SELLO EFECTOR PÚBLICO

ESTAMPILLA
COLEGIO DE
MÉDICOS

ESTAMPILLA
COLEGIO DE
ODONTÓLOGOS

ESTAMPILLA
CAJA DE ARTE
DE CURAR

Si el certificado es confeccionado en un EFECTOR PÚBLICO debe estar sellado por la institución emisora.
Si el certificado es realizado en un EFECTOR PRIVADO debe estar estampillado para que tenga valor legal (Provincia de Santa Fe, Leyes 4.931 y 12.818).