



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CARNÉ DE SALUD  
DE NIÑOS Y NIÑAS EN EDAD ESCOLAR**

CONSIDERACIONES GENERALES:

El presente instructivo tiene como finalidad facilitar el registro de las actividades del control de salud.

**LA TAREA QUE UD. REALIZA ES MUY IMPORTANTE, DEBIDO A QUE CON ESTE EXAMEN COMPLETO DE SALUD PUEDE SOSPECHAR Y/O DETECTAR PRECOZMENTE PROBLEMAS QUE PUDIERAN INTERFERIR EN EL APRENDIZAJE DEL NIÑA/O.**

**ADEMÁS ES UNA OPORTUNIDAD PARA RECAPTAR A ESE NIÑA/O SI NO ASISTÍA ANUALMENTE A REALIZAR EL CONTROL DE SALUD, COMO TAMBIÉN A SU FAMILIA.**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS DATOS CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.**

**LA OBTENCIÓN DE DATOS DE CALIDAD ES IMPRESCINDIBLE PARA GENERAR ACCIONES ORIENTADAS A PROTEGER Y PROMOVER LA MEJOR CALIDAD VIDA DE LOS NIÑOS/NIÑAS Y ADOLESCENTES.**

De acuerdo a lo dispuesto por la Ley 12634/06:

- Este carné puede ser utilizado a cualquier edad, ya que se trata de un exhaustivo examen realizado por el médico que conoce al niño, y que tiene vigencia por un año calendario.
- El carné completo y actualizado es suficiente para autorizar la actividad física curricular, no competitiva, no necesitando para tal fin otros estudios complementarios.
- El examen clínico será realizados por el Médico/a de Cabecera del Niño (Pediatra o Médico General) sea del ámbito público o privado. Sólo él/ella determina la necesidad de derivar al escolar a Especialistas (oftalmólogo, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, cardiólogo, psicólogo, etc) o la realización de Exámenes Complementarios (grupos sanguíneo, EEG, ECG, etc).
- El examen odontológico será realizado por el Odontólogo/a del niño/a, pudiendo ser este del ámbito público o privado.

**Ministerio de Salud**

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



INSTRUMENTO DE REGISTRO:

- **CARNÉ DE SALUD ESCOLAR**

Consta de los siguientes sectores:

1. **FRENTE:** identificación del niño/a o adolescente, su familia e Institución Educativa.
2. **DORSO:** examen psicofísico (médico-odontológico).

1. **FRENTE:** *datos filiatorios*

**CARNÉ DE SALUD DEL ESCOLAR**

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO y N° DOC:

FECHA DE NACIMIENTO:  SEXO: M  F

CALLE:  N°:  PISO:  DEPTO:

LOCALIDAD:  C.P.:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO/CELULAR:

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

GRADO/DIVISIÓN/TURNO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

DNI:  FECHA NAC.:  /  /

NACIÓ PREMATURO SI/NO:  PESO AL NACER:

COBERTURA MÉDICA SI/NO ¿CUÁL?

EFFECTOR DE SALUD RESPONSABLE DEL EXAMEN:  
 H.C. N°:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL EXAMEN:

**Ministerio de Salud**

Santa Fe: Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800

3000 - Santa Fe

Rosario: 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438

2000 - Rosario



Registre los ítems de prematurez y peso al nacer de acuerdo al interrogatorio de familiares o a la información registrada en la Historia Clínica del niño/a si está disponible. En caso de no contar con esa información complete **SD** (sin dato).

La información del efector de salud donde se realizó el control el niño/a o adolescente, es información importante que facilitará el seguimiento en caso de que se realicen derivaciones. **No olvide registrar esos datos.**

Registre el nombre y apellido del médico responsable del llenado del carnet en el último renglón con letra imprenta y clara.

Este es un Carnet de Salud y toda su información debe ser completada por el **médico** a cargo del niño/a o adolescente.

La información filiatoria podrá ser delegada para completar por el **personal administrativo** a cargo del centro de salud, consultorio o institución de salud que corresponda, o la **familia** del niño/a o adolescente.

## 2. DORSO: Examen Psicofísico NIÑOS/AS O ADOLESCENTES

EXÁMEN PSICOFÍSICO										Nivel Inicial	1° grado	6° grado	Otro
FECHA			EDAD		PESO Kg.	TALLA cm.	IMC	T. ART.		ESCOLARIDAD			
Día	Mes	Año	Años	Meses				Máx.	Mín.	Sobre edad	Repitente		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Marque con una cruz el grado al que asiste el niño/a o adolescente según corresponda:

- **Nivel Inicial obligatorio** -preescolar- (5 años)
- **1°G:** primer grado (5/6 años)
- **6°G:** sexto grado (10/11 años)
- Otro

**FECHA:** anote día, mes y año en el que se realiza la atención.

**EDAD:** registre en años y meses (Ej.: 5 años y 11 meses)

### Ministerio de Salud

Santa Fe: Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

Rosario: 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



**PESO:** Para el pesaje utilizar una balanza tipo CAM bien calibrada, con la menor cantidad posible de ropa y sin calzado. Registre el peso en **Kilogramos**, y coloque una coma si es necesario (Ej. 12,5 kg).

**TALLA:** anotar en **centímetros** (Ej.: 110 cm). De acuerdo a la estatura, utilizar pediómetro, estadiómetro de pared o el de la balanza.

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** Registre el índice según la fórmula: **Peso (Kg) /Talla (m)<sup>2</sup>**. También puede extraer el dato de las tablas de la OMS.

**TENSIÓN ARTERIAL (T. ART.):** utilizar un tensiómetro bien calibrado, con manómetro aneroide y manguito pediátrico correspondiente al tamaño del niño (la cámara neumática debe cubrir 2/3 partes de la circunferencia del brazo y 2/3 del largo del brazo). El manguito debe estar a la altura del corazón.

Realizar por los menos 3 registros separados sobre el brazo derecho, con el niño sentado y tranquilo. Establecer un promedio de los 3 registros y anotar.

#### **ESCOLARIDAD:**

Indique si el niño tiene Sobre edad: si el niño/a o adolescente tiene una edad superior a la que le corresponde según el año de estudio

Si la causa de la sobre edad es la repitencia, regístrelo.

Si el niño/a o adolescente tiene edad adecuada al año escolar, deje los casilleros en blanco.

**Aclaración:** no se considera que tengan sobre edad los niños/as o adolescentes nacidos después del 30 de junio, que por ej: Cursando primer grado cumplen los 7 años entre julio y diciembre.

#### **DIFICULTAD DE APRENDIZAJE**

---

DIFICULTAD DE APRENDIZAJE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMA DE CONDUCTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------------------

En caso de evidenciar alguna dificultad marque con una cruz el casillero SI.

En este ítem evalúe si existen antecedentes que pudieran influir en el actual proceso de enseñanza-aprendizaje. A través de:

- Informe docente del Jardín de infantes o Docente del año anterior, si existiera.
- Interrogatorio al adulto/a que lo/a acompaña:

---

#### **Ministerio de Salud**

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



**Puede realizar las siguientes preguntas:**

En Sala de 5 años y al ingreso escolar:

¿Conoce los colores?, ¿habla inteligible?, ¿comprende preposiciones?, ¿define palabras?, ¿sabe contar?, ¿identifica su cuerpo?, ¿presta atención cuando se le habla?, ¿responde a pedidos simples?, ¿juega con otros niños?

¿Tiene trastornos en la organización témporo-espacial (ayer, hoy, mañana, antes y después, arriba, abajo, adelante y atrás)?

Más adelante:

¿Lee de corrido?, ¿Comprende el texto?, ¿tiene dificultades para realizar cálculos?

Consultar si repitió el año o si hubo abandono escolar (motivos).

**Importante: En caso de sospechar alguna dificultad, registre la derivación en el apartado correspondiente a: Derivaciones.**

**PROBLEMAS DE CONDUCTA**

---

Observar la conducta/modo de comportarse del escolar durante el examen y los datos relevados del interrogatorio de familiares/acompañantes o informe docente si lo hubiera.

**Importante: En caso de sospechar alguna dificultad, registre la derivación en el apartado correspondiente a: "Derivaciones".**

**VACUNACIÓN:** verificar el carnet de vacunación.

---

<b>VACUNACIÓN</b>	Trajo Carné	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Vacunas Faltantes
	Está Completo	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

**Importante: Todos los niño/as o adolescentes deben concurrir a la consulta con el Carné de Vacunación.**

- En caso de no hacerlo, regístrelo en el casillero correspondiente y re-cite al niño/a o adolescente para verificar su inmunización adecuada. Registre este hecho en "Observaciones Generales".
- En caso de vacunación incompleta o ausente, registre las vacunas faltantes. Deberá realizarse la aplicación de vacunas faltantes en la misma visita, siempre que sea posible. En caso de imposibilidad, re-citar al niño/a o adolescente para verificar que haya completado su inmunización.

---

**Ministerio de Salud**

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



La valoración oftalmológica y fonoaudiológica debe ser realizada por el médico que asiste al niño/a o adolescente, no se requiere un especialista, salvo que el primero considere necesaria una derivación (en cuyo caso deberá constar en el espacio "Derivaciones").

OFTALMOLOGÍA		(No se requiere evaluación por Especialista)		FONOAUDIOLÓGÍA		(No se requiere evaluación por Especialista)	
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	Test de Snellen		Test realizado		Hipoacusia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Usa Lentes	<input type="checkbox"/>	Agudeza Izquierda	Agudeza Derecha	Tato <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Trast. Fonación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		___ /10	___ /10	Resultado		Otros Trast. de la Comunicación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>			
Derivación				Derivación			
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

## OFTALMOLOGÍA

OFTALMOLOGÍA		(No se requiere evaluación por Especialista)	
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	Test de Snellen	
Usa Lentes	<input type="checkbox"/>	Agudeza Izquierda	Agudeza Derecha
		___ /10	___ /10
Derivación			
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Registre con una cruz en el casillero correspondiente, si tiene estrabismo o si utiliza lentes.

Realice el **Test de Snellen** para valoración de agudeza visual:

- El cartel de Optotipos debe estar colgado a la altura de los ojos del niño/a, sobre una pared lisa a tres (3) metros de distancia con buena iluminación (sin luz de frente).
- Para ocluir el ojo utilizar vaso plástico opaco o cartulina.
- Para niños/as que aún no saben leer se usa el Cartel de Optotipos de dibujos.
- Registre en el casillero correspondiente (ojo izquierdo/ojo derecho), el resultado de la última línea que el niño/a o adolescente lee completa (ej. 4/10).

### Resultados de la prueba de Optotipos con cartel de Snellen

Clasificación de la Ambliopía según la Agudeza Visual	
<b>Profunda:</b>	Inferior a 1/10
<b>Media:</b>	Entre 1/10 y 4/10
<b>Leve:</b>	Por encima de 4/10

#### Ministerio de Salud

Santa Fe: Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

Rosario: 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



**Importante:**

- Si usa lentes, no se requiere realizar el Test de Snellen, pero debe indicarse en el casillero correspondiente.
- Derivación: marque con una cruz en caso de que corresponda derivación a Oftalmólogo.

**FONOAUDIOLOGÍA**

---

FONOAUDIOLOGÍA		(No se requiere evaluación por Especialista)	
Test realizado		Hipoacusia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tato <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Trast. Fonación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Resultado		Otros Trast. de la Comunicación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Derivación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Para esta evaluación realice la prueba que tenga disponible (Tato, diapasón, etc.).

Marque con una cruz si realizó Tato u otro y si el resultado es Normal o Anormal.

**Importante:**

- Si se utiliza una prueba distinta del Tato, aclarar cuál fue el método empleado en "Observaciones generales".
- En caso de observar alguna patología (hipoacusia, trastorno de fonación u otros trastornos de la comunicación) registre con una cruz en el casillero correspondiente y señale la derivación realizada.

**¿Cómo realizar la Prueba de TATO ("de la voz cuchicheada")?:**

- Mantener una distancia entre dos (2) y tres (3) metros por detrás del niño/a o adolescente y leerle la lista de palabras que correspondan a su edad:

<b>Niños que cursan hasta el 4to grado de la escuela primaria:</b>
Lista N° 1: cine, fina, banco, peine, queso, meta, polo, talco, martes, disco
Lista N°2: cinco, cena, nube, laca, niña, unes, miedo, ganso, crema, tapia
<b>Niños que cursan hasta el 5to grado de la escuela primaria:</b>
Lista N° 1:daño, suela, negro, jaque, naipe, crema, mundo, esos, cuerda, sable
Lista N°2: peña, tigre, selva, cuajo, lacre, tieso, monte, cerco, liso, planes

- Repetición correcta de 15 a 20 vocablos: se considera normal
- Repetición correcta de menos de 15 vocablos: se considerará la posibilidad de que el niño/a o adolescente posea un **Trastorno Auditivo**, por lo cual se prescribirá **Derivación**.

---

**Ministerio de Salud**

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



Para evaluar la **Fonación** del niño/a o adolescente se prestará atención a la pronunciación incorrecta de fonemas del lenguaje oral a lo largo de la visita médica.

Algunos trastornos a tener cuenta son para ser derivados oportunamente:

- Trastornos en la Fonación (bloqueos, repeticiones, sustituciones, vacilaciones)
- Otros trastornos de la comunicación:
- Tartamudeo.
- Trastornos del Lenguaje expresivo y/o receptivo.
- Trastorno de voz (ronqueras, disfonías).
- Trastornos de la deglución (respiración bucal, protrusión lingual).

**Importante:** Si detecta algunas de estas patologías registre con una cruz en el casillero correspondiente (si se trata de "Otro Trastorno de la Comunicación" y puede identificarlo, hágalo en el espacio en blanco). Realice y registre la correspondiente Derivación.

## EXAMEN FÍSICO

ANTECEDENTES RELEVANTES:		MEDICACIÓN PROLONGADA:								
EXAMEN FÍSICO							Normal <input type="checkbox"/>	Apto educación física <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PIEL Y FANERAS	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO	GÉNITOURINARIO	ABDOMEN	OSTEOARTICULAR	NEUROLÓGICO				
Impétigo <input type="checkbox"/>	Soplo benigno <input type="checkbox"/>	Inf. Respiratoria Alta <input type="checkbox"/>	Infección de vías urinarias <input type="checkbox"/>	Hernia abdominal <input type="checkbox"/>	Escoliosis <input type="checkbox"/>	Retraso mental <input type="checkbox"/>				
Dermatitis atópica <input type="checkbox"/>	Soplo patológico <input type="checkbox"/>	Inf. Respiratoria Baja <input type="checkbox"/>	Ectopia testicular <input type="checkbox"/>	Hernia inguinal <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la marcha <input type="checkbox"/>	Trastorno de desarrollo <input type="checkbox"/>				
Otras dermatitis <input type="checkbox"/>	Arritmia <input type="checkbox"/>	E.P.O.C <input type="checkbox"/>	Hidrocele <input type="checkbox"/> Varicocele <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Pie plano <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>				
Trastornos de la pigmentación <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Alteraciones en estadio de tanner <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral <input type="checkbox"/>				
Lesiones <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Masa palpable <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>				
Otros <input type="checkbox"/>				Otros <input type="checkbox"/>						

Antes de realizar el mismo indique si el niño/a o adolescente posee **Antecedentes Patológicos Relevantes** o si consume **Medicación Prolongada** en los casilleros correspondientes.

Luego examine exhaustivamente al niño/a o adolescente.

Si el examen es **Normal**, marque con una cruz en el casillero correspondiente, al igual que si tiene el **Apto para Educación Física**.

En caso de existir alguna **alteración/patología** colocar una "x" en el recuadro superior derecho del casillero correspondiente.

Si identifica alguna alteración no listada, marcar **"otros"** y registrar en el espacio en blanco.

Si es necesaria alguna aclaración adicional, regístrelo en **"Observaciones Generales"** con letra legible.

### Ministerio de Salud

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario



Respecto al Examen Osteoarticular: examine al niño desde atrás en ropa interior:

- En posición vertical: evalúe la altura de los hombros, los ángulos de los omóplatos, las espinas ilíacas, los pliegues glúteos, fijándose en el eje vertical de su columna a fin de descubrir asimetrías o desviaciones laterales (escoliosis).
- **Maniobra de Adams:** se le indica al niño/a que con los pies a la misma altura y las rodillas extendidas, flexione el tronco dejando caer su cabeza entre los brazos, que deben pender relajados y con las manos unidas. En esta posición se evalúa la simetría de sus masas musculares paravertebrales y la rectitud de la columna.

#### IMPORTANTE:

- La presencia de un dato positivo NO IMPIDE la escolaridad, a menos que esto sea claramente expresado por el médico.
- Si de acuerdo al resultado de control de salud se decidiera que el niño/a en forma temporaria no está apto para el ejercicio de la actividad física, el/la profesional de la salud deberá extender un certificado donde conste el período correspondiente recomendado, así como aquellas actividades que el/la alumno/a se encuentre en condiciones de realizar, si las hubiera. Si la falta de aptitud fuera de carácter permanente se lo hará constar expresamente en el carné.
- El carné completo y actualizado es SUFICIENTE para autorizar la Actividad Física curricular, no competitiva, no necesitando para tal fin otros estudios complementarios.
- Con respecto a la realización de ECG, se sabe que los niños sanos, sin antecedentes familiares ni personales patológicos y sin interurrencias con afectación cardiovascular, no lo requieren para la realización de actividad física. Sin embargo, en la adolescencia, existe mayor riesgo de arritmias por miocardiopatías y trastornos eléctricos por los cambios hormonales ocurridos en el empuje puberal. Por tal motivo, en esta etapa, se recomienda hacer un ECG si el paciente no tiene uno previamente realizado y con resultado normal, junto con el interrogatorio y el examen físico. El ECG informado como normal no tiene indicación de ser repetido, excepto que el niño/ adolescente presente **patología adquirida con repercusión cardiovascular** (Archivos Argentinos de Pediatría. Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas 2014;112(4):375-390)
- Si como resultado del control de salud se detectaran: elementos sugestivos de **Maltrato Infantil**, registre este hecho en la **Historia Clínica del niño/a o adolescente** y la conducta tomada. Dado que este es un documento al que tendrán acceso muchas personas, **se solicita no consignar este dato en el carné escolar.**

---

#### Ministerio de Salud

Santa Fe: Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

Rosario: 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario





## ODONTOLOGÍA

---

ODONTOLOGÍA			
Hábitos Perniciosos	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Maloclusión	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Fluor Aplicado	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Caries	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cantidad ---
Requiere tratamiento	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
		Firma Odontólogo	Nombre y apellido
			Sello

El profesional deberá colocar todos sus datos, firma, nombre y apellido y sello en el espacio asignado. Luego completar los ítems de "hábitos perniciosos", "maloclusión", "flúor aplicado", "caries", "cantidad" y si "requiere tratamiento", según corresponde.

Una vez finalizado el examen médico y odontológico se da por terminado el completamiento integral del carnet.

### Consultas:

---

Santa Fe:  
Bv Gálvez 1563 1° Piso  
0342-4572874  
[saludescolar@hotmail.com.ar](mailto:saludescolar@hotmail.com.ar)

Rosario:  
9 de Julio 1940 2° B  
0341-4232438  
[saludescolar\\_rosario@hotmail.com](mailto:saludescolar_rosario@hotmail.com)

---

### Ministerio de Salud

**Santa Fe:** Juan de Garay 2880 / Tel: 0342-4588800  
3000 - Santa Fe

**Rosario:** 9 de Julio 1940 2B / Tel: 0341-4232438  
2000 - Rosario