PROVINCIA
DE SANTA FE

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.

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?

EFECTOR DE SALUD RESPONSABLE DEL EXAMEN:

H.C. N°:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL EXAMEN:

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 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: ❑ SI ❑ NO							Problema de conducta: ❑ SI ❑ NO			
Vacunación: Trajo carnet ❑ SI ❑ NO Está completo: ❑ SI ❑ NO							Vacunas faltantes:			

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)
- 2do. año

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)

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)^2**. 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 ☐	NO ☐	PROBLEMA DE CONDUCTA	SÍ ☐	NO ☐

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:

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.

VACUNACIÓN	Trajo Carné SÍ ☐ NO ☐ Está Completo SÍ ☐ NO ☐	Vacunas Faltantes

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.

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)			FONOAUDIOLOGÍA (No se requiere evaluación por Especialista)	
Estrabismo ☐	Test de Snellen		Test realizado	Hipoacusia Sí ☐ NO ☐
	Agudeza Izquierda	Agudeza Derecha	Tato ☐ Otro ☐	Trast. Fonación Sí ☐ NO ☐
Usa Lentes ☐	___ /10	___ /10	Resultado	Otros Trast. de la Comunicación Sí ☐ NO ☐
			Normal ☐ Anormal ☐	
Derivación Sí ☐ NO ☐			Derivación Sí ☐ NO ☐	

OFTALMOLOGÍA

OFTALMOLOGÍA (No se requiere evaluación por Especialista)		
Estrabismo ☐	Test de Snellen	
	Agudeza Izquierda	Agudeza Derecha
Usa Lentes ☐	___ /10	___ /10
Derivación Sí ☐ NO ☐		

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	
Profunda:	Inferior a 1/10
Media:	Entre 1/10 y 4/10
Leve:	Por encima de 4/10

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 ☐ NO ☐
Tato ☐	Otro ☐	Trast. Fonación	Sí ☐ NO ☐
Resultado		Otros Trast. de la Comunicación	Sí ☐ NO ☐
Normal ☐	Anormal ☐		
Derivación	Sí ☐ NO ☐		

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:

Niños que cursan hasta el 4to grado de la escuela primaria:
Lista Nº 1: cine, fina, banco, peine, queso, meta, polo, talco, martes, disco
Lista Nº2: cinco, cena, nube, laca, niña, unes, miedo, ganso, crema, tapia
Niños que cursan hasta el 5to grado de la escuela primaria:
Lista Nº 1:daño, suela, negro, jaque, naipe, crema, mundo, esos, cuerda, sable
Lista Nº2: 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**.

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 ☐ Apto educación físca SÍ ☐ NO ☐

PIEL Y FANERAS	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO	GÉNITOURINARIO	ABDOMEN	OSTEOARTICULAR	NEUROLÓGICO
Impétigo	Soplo benigno	Inf. Respiratoria Alta	Infección de vías urinarias	Hernia abdominal	Escoliosis	Retraso mental
Dermatitis atópica	Soplo patológico	Inf. Respiratoria Baja	Ectopia testicular	Hernia inguinal	Alteraciones de la marcha	Trastorno de desarrollo
Otras dermatitis	Arritmia	E.P.O.C	Hidrocele Varicocele	Hepatomegalia	Pie plano	Convulsiones
Trastornos de la pigmentación	Otros	Asma	Alteraciones en estadio de tanner	Esplenomegalia	Otros	Parálisis cerebral
Lesiones		Otros	Otros	Masa palpable		Otros
Otros				Otros		

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.

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 intercurrencias 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 deportivas2014;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.**

OBSERVACIONES GENERALES: Registre en este ítem cualquier aclaración adicional que le parezca relevante.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIONES: consigne en este espacio las derivaciones solicitadas. En caso de detectar niño/as o familias en situación de riesgo (Ej.: violencia, necesidades básicas insatisfechas: vivienda, alimentación, vestimenta, etc.) solo consigne en el carné la derivación correspondiente (Ej. Trabajador social) **pero registre los detalles en la historia clínica.**

DERIVACIÓN ESPECIALIDAD

TANNER GRADO: clasificar acorde a los gráficos vigentes (ver Anexo). G: genitales, V.P.: vello púbico.

TANNER GRADO	1	2	3	4	5	MENARCA/ESPERMARCA:Años		
G						INFORMACIÓN SEXUAL	SÍ	NO
V.P.						TRABAJA	SÍ	NO

MENARCA/ESPERMARCA: edad de la aparición.

INFORMACIÓN SEXUAL: Se refiere a si durante la consulta se realizó algún tipo de consejería en salud sexual acorde a edad del niño o la niña. Marque con una "X" SI O NO.

TRABAJA: registre Sí o No, marcando con una "X" según corresponda.

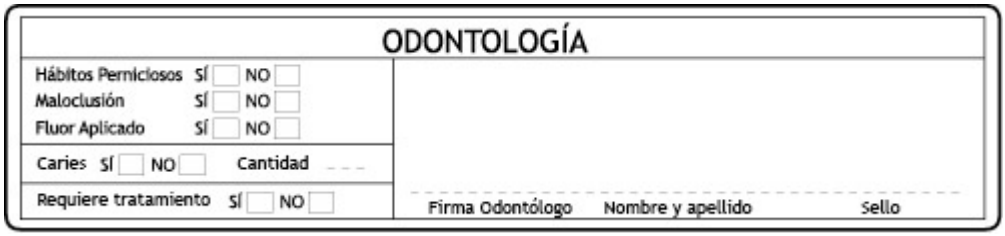
IMPORTANTE:

- **Al finalizar el examen completo, firme y aclare su nombre con letra LEGIBLE y coloque su sello en el espacio correspondiente al Médico.**

Firma Médico	Nombre y apellido	Sello

Recordar al paciente que debe asistir al ODONTÓLOGO para terminar de completar el carnet, sino el mismo no será válido.

ODONTOLOGÍA



ODONTOLOGÍA		
Hábitos Perniciosos SÍ ☐ NO ☐		
Maloclusión SÍ ☐ NO ☐		
Fluor Aplicado SÍ ☐ NO ☐		
Caries SÍ ☐ NO ☐ Cantidad		
Requiere tratamiento SÍ ☐ NO ☐	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

Rosario:
9 de Julio 1940 2° B
0341-4232438
saludescolar_rosario@hotmail.com