



### Carnet de Salud del 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.

# Examen Físico

Nivel Inicial

1° Grado

6° Grado

Otro

Fecha			Edad		Peso KG	Talla CM	IMC	T. ART		Escolaridad				
Día	Mes	Año	Años	Meses				MAX	MIN					
Dificultad de aprendizaje					Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Problema de conducta				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
<b>Vacunación</b>			Trajo Carnet		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Vacunas faltantes							
			Está completo		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
<b>Oftalmología</b>					(No se requiere evaluación por especialista)					<b>Fonoaudiología</b>		(No se requiere evaluación por especialista)		
Estrabismo			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Test de Snellen		Test realizado		Hipoacusia		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
					Agudeza Izquierda		Agudeza Derecha		Tato <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Trast. Fonación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Usa lentes			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		□ /10		□ /10		Resultado		Otros Trast. de la comunicación		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Derivación					Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Derivación					Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Antecedentes relevantes					Medicación prolongada									
<b>Examen Físico</b>					Normal		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Apto educación física				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<b>Piel y Faneras</b>		<b>Cardiovascular</b>		<b>Respiratorio</b>		<b>Genitourinario</b>		<b>Abdomen</b>		<b>Osteoarticular</b>		<b>Neurologico</b>		
Impétigo		Soplo Benigno		Inf. Respiración alta.		Infección vías urinarias.		Hernia abdominal		Escoliosis		Retraso Mental		
Dermatitis atópica		Soplo Patologico		Inf. Respiración baja.		Ectopia testicular		Hernia inguinal		Alteraciones de la marcha		Transtornos de desarrollo		
Otras Dermatitis		Arritmia		E.P.O.C		Hidrocele		Hepatomegalia		Pie Plano		Convulsiones		
Transtornos de la pigmentación		Otros		Asma		Alteraciones en el estadio de Tanner		Esplenomegalia		Otros		Parálisis cerebral		
Lesiones				Otros		Otros		Masa palpable				Otros		
Otras								Otros						
<b>Observaciones Generales</b>					Tanner Grado			Menarca/Espermarca: Años <input type="text"/>						
					G <input type="text"/> /5			Información sexual				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
					V.P. <input type="text"/> /5			Trabaja				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
<b>Derivación Especialidad</b>														
					Firma médico		Nombre y Apellido			Sello				

## Odontología

<b>Hábitos perniciosos</b>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
<b>Maloclusión</b>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
<b>Fluor aplicado</b>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
<b>Caries</b>	<b>Cantidad</b>						
<b>Req. tratamiento</b>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Firma médico		Nombre y Apellido		Sello	