



Carne de salud del escolar

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de documento

Fecha de Nacimiento Sexo F M

Calle N° Piso Depto

Localidad C.P.

Departamento

Teléfono/Celular

Establecimiento Educativo

Grado/División/Turno

Apellido y nombre del padre/madre/tutor:

DNI Fecha de Nac

Nacio Prematuro Si No Peso al nacer

Cobertura Medica

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.

Exámen Físico

Nivel Inicial

1º Grado

6º 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"/>		
Vacunación			Trajo Carné		Si <input type="radio"/>		Vacunas faltantes						
			Está completo		No <input type="radio"/>								
Oftalmología					(No se requiere evaluación por especialista)			Fonoaudiología				(No se requiere evaluación por especialista)	
Estrabismo			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			<input type="text"/> /10		<input type="text"/> /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						
Exámen Físico					Normal		Apto educación física		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Piel y Faneras	Cardiovascular	Respiratorio	Genitourinario	Abdomen	Osteoarticular	Neurologico							
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									
Obervaciones Generales				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"/>					
Derivación Especialidad													
				Firma médico		Nombre y Apellido		Sello					

Odontología

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