

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, ojo, 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		
			Alergia a algún medicamento		
			Consume vitaminas		
			Problemas de piel		
Vacunación completa					

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

Examen 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:			

Oftalmología (No se requiere evaluación por especialista)		Audiológico / Otorrinolaringológico (No se requiere evaluación por especialista)	
Estrabismo: ☐ SI ☐ NO Usa lentes: ☐ SI ☐ NO	Test de Snellen: Agudeza izquierda ___ /10 Agudeza derecha ___ /10	Test realizado: ☐ Tato ☐ Otro	Hipoacusia: ☐ SI ☐ NO
Derivación: ☐ SI ☐ NO		Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal	Trastorno fonación: ☐ SI ☐ NO
Antecedentes:		Otros trastornos de la comunicación: ☐ SI ☐ NO	Medicación prolongada:
		Derivación: ☐ SI ☐ NO	

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

Examen Odontológico

Hábitos nocivos para la salud bucal: ☐ SI ☐ NO		FIRMA Y SELLO MÉDICO
Maloclusión: ☐ SI ☐ NO		
Flúor aplicado: ☐ SI ☐ NO		
Caries: ____ Cantidad: ____	Requiere tratamiento: ☐ SI ☐ 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).