

## 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.

## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. infecciosas en los últimos 2 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismos de cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicación habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Consumo de vitaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Vacunación completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# EXÁMEN FÍSICO

Nivel inicial  1er. grado  6to. grado  Otro

Fecha			Edad		Peso KG	Talle CM	IMC	TA		Escolaridad
Día	Mes	Año	Años	Meses				Máxima	Mínima	
Dificultad de aprendizaje: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							Problema de conducta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Vacunación: Trajo carnet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Está completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							Vacunas faltantes:			

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

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

# EXÁMEN ODONTOLÓGICO

Hábitos perniciosos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FIRMA Y SELLO ODONTOLÓGICO
Maloclusión: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fluor aplicado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Caries: ____ Cantidad: ____ Requiere tratamiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SELLO EFECTOR PÚBLICO

ESTAMPILLA COLEGIO DE MÉDICOS

ESTAMPILLA COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

ESTAMPILLA CAJA DEL 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).