

FICHA MÉDICA PARA INGRESO ESCOLAR ANUAL

Fecha: _____

• **Realización de examen clínico:**

Esquema de vacunación: ¿carnet completo?

☐ Si

☐ No

Vacuna colocada durante el control: _____

• **Peso en Kg:** _____

• **Talla en Cm:** _____ Percentil: menor a 3: _____ Mayor / igual a 3: _____

• **IMC:** _____ Percentil entre 3 y 9: _____

Percentil entre 10 Y 84: _____

Percentil entre 85 Y 97: _____

Percentil mayor a 97: _____

• **Presión arterial:** Sistólica: _____ Diastólica: _____

• **Cardiovascular:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

• **Respiratorio:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

• **Enfermedades crónicas:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

• **Salud bucal:** con hallazgos: _____ sin hallazgos: _____ no se evaluó: _____

• **Agudeza visual :** OI: _____ OD: _____ ¿usa anteojos? _____

Observaciones Generales:

FICHA MÉDICA PARA SER COMPLETADA POR EL TUTOR

Nombre y apellido del niño/a o adolescente: _____
DNI N°: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Piso: _____ Dept: _____ Manzana: _____ Lote: _____ Barrio: _____
Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Teléfono fijo: _____ Celular: _____

ANTECEDENTES DE SALUD PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

- 1.- ¿Nació prematuro? **Si** **No** No sabe Peso de nacimiento (Kg) _____ / **No sabe**
- 2.- ¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia? **Si** **No**
- 3.- ¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayo, pérdida de conocimiento, dolor fuerte de pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? **Si** **No**
- 4.- ¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma? **Si** **No**
- 5.- ¿Le han diagnosticado diabetes? **Si** **No**
- 6.- ¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún problema de corazón? **Si** **No**
- 7.- ¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias? **Si** **No**
- 8.- ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? **Si** **No**
Causas: _____
- 9.- ¿Recibe algún tratamiento farmacológico, etc? **Si** **No**
¿Cuál? _____
- 10.- Realiza o ha realizado alguna vez tratamiento psicológico o psiquiátrico
¿Recibió algún diagnóstico por parte del profesional? **Si** **No** ¿Cuál? _____
Tratamiento **Si** **No** ¿Cuál? _____
- 11.- ¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? **Si** **No**
¿Cuál? _____
- 12.- ¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunación?
Hace un año **Hace mas de un año** **No recuerdo**
- 13.- ¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? **Si** **No**
¿Cuál? _____
- 14.- ¿Tiene o ha tenido algún problema de salud importante? **Si** **No** **No sabe**
¿Cuál es? _____
- 15.- ¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? **Si** **No** **No sabe**

DECLARO QUE LOS DATOS SON FIELES A LA VERDAD BAJO JURAMENTO

Nombre y apellido del padre / madre o adulto responsable: _____

DNI _____