SEMED
SERVICIOS MÉDICOS ESCOLARES Y DEPORTIVOS

LEGAJO DE SALUD ESCOLAR

SISTEMA PREVENTIVO DE SALUD ESCOLAR

1) DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento: _____

_____

❑ Inicial ___ año ___ div. ❑ Primario ___ año ___ div. ❑ Secundario ___ año ___ div.

2) DATOS PERSONALES

Apellidos del Alumno: _____ Grupo Sanguíneo: ___ Factor: ___

Nombres del Alumno: _____

Edad: ___ Fecha de Nac.: _____ D.N.I.: _____ Sexo: M ❑ F ❑

Calle: _____ Mza.: ___ Piso: ___ Depto.: ___ Nº: ___

Barrio: _____ Loc.: _____ Tel.: _____

Apellido y Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

D.N.I.: _____ Obra Social: _____

e-mail: _____ Tel. del trabajo del Padre o Tutor: _____

Antropometría: Peso ___ Talla ___ IMC ___

3) ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS

• ¿Tuvo antecedentes quirúrgicos?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Sufrió fracturas?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Sufrió intoxicaciones?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Sufrió enfermedades cardíacas?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Sufrió enfermedades del aparato digestivo?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Tuvo enfermedades renales?
Sí ❑ No ❑
Descripción: _____

• ¿Sufrió convulsiones? (*)¿Recibió tratamiento?
Sí* ❑ No ❑ Sí ❑ No ❑

• ¿Sufrió otitis a repetición?
Sí ❑ No ❑

• ¿Tuvo enfermedades del colágeno?
Sí* ❑ No ❑
(*)¿Cuál?: Lupus Eritematoso ❑ Esclerodermia ❑
Artritis Reumatoidea Juvenil ❑ Otras ❑

• ¿Recuerda algún antecedente de importancia, además de los arriba detallados? Sí* ❑ No ❑
(*)¿Cuáles? _____

INMUNOLÓGICOS

***ADJUNTAR COPIA DEL CARNET DE VACUNACIÓN**

- ¿Tiene el alumno el Esquema de Vacunación completo para su edad? Sí ❑ No ❑
- ¿Recibió otras Vacunas? Sí* ❑ No ❑

(*)¿Indique cuáles?: Anti Hepatitis "A" ❑ Anti Hepatitis "B" ❑ Anti Meningococo ❑ Anti Neumococo ❑

Otras** ❑ _____

4) ESTADO DE SALUD ACTUAL

- ¿Tiene Epilepsia? Sí* ❑ No ❑ (*)¿Recibe tratamiento? Sí ❑ No ❑

Observaciones: _____

- ¿Sufre algún otro trastorno Neurológico? Sí* ❑ No ❑

(*)¿Cuáles?: _____

- ¿Es Alérgico? No ❑ Sí* ❑

* marcar según corresponda

(*)Medicamentos ¿Cuáles?: _____

(*)Picadura de Insectos ¿Cuáles?: _____

(*)Polen ❑

(*)Polvo ❑

(*)Pelo de Animales ❑

(*)Otros ❑ _____

- ¿Es diabético? Sí* ❑ No ❑ (*)¿Recibe tratamiento? Sí ❑ No ❑

Observaciones: _____

- ¿Sufre trastornos de la coagulación sanguínea? Sí* ❑ No ❑

(*)¿Cuál?: Púrpura ❑ Hemofilia ❑ Vasculitis ❑

Otras ❑ _____

- ¿Sufre enfermedades cardíacas? Sí ❑ No ❑

Descripción: _____

- ¿Sufre enfermedades del aparato digestivo? Sí ❑ No ❑

Descripción: _____

- ¿Se desmaya con frecuencia? Sí ❑ No ❑

Descripción: _____

- ¿Presenta trastornos emocionales y/o de conducta? Sí* ❑ No ❑ (*)¿Recibe apoyo de especialistas? Sí ❑ No ❑
- Se encuentra bajo tratamiento Psicológico/Psiquiatrico Sí ❑ No ❑ Cual?: _____

Observaciones: _____

- Si sufre alguna otra enfermedad, que no figure en las arriba mencionadas, por favor, sírvase indicar cuál. Sí* ❑ No ❑ Observaciones: _____
- Sufrio enfermedad por Covid-19. Sí* ❑ No ❑ *Obs.: _____

Familiares cercanos sufrieron enfermedad por Covid-19. Sí* ❑ No ❑ *Obs.: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

FIRMA DEL MEDICO DE CABECERA _____

Lugar y Fecha _____

El presente Legajo de Salud posee carácter de DECLARACION JURADA, omitir información en el mismo, puede poner en riesgo la vida de su hijo. Colabore con nosotros en esta Campaña de Salud Escolar.-