

Establecimiento:	Sala/Grupo:	División:
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____. _____. _____. _____. _____. _____. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ Domicilio: Calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ CP: _____ Teléfono Responsable: (____)15 _____ Correo electrónico de Contacto: _____ @ _____ #Obra social: _____ #Numero de credencial: _____		

ANAMNESIS (Para ser completada por los padres o responsables legales) Antecedentes personales (Marque con una X lo que corresponda)	#Grupo sanguíneo Y factor RH	
--	---	--

Antecedentes de salud ¿tiene alguno de los siguientes antecedentes o condiciones de salud?	Sí	No
Prematurez. Peso al nacer:gr	☐	☐
Problemas cardíacos o enfermedad cardiaca	☐	☐
Problemas o enfermedades respiratorias	☐	☐
Epilepsia o convulsiones	☐	☐
Pérdida de conocimiento o espasmo del sollozo	☐	☐
Afecciones auditivas ¿tiene algún problema para oír?***	☐	☐
Afecciones visuales ¿tiene algún problema para ver?**	☐	☐
Diabetes insulín dependiente	☐	☐
ALERGIAS ¿Cómo se manifiestan? _____	☐	☐
Alergias respiratorias ¿Cuál/es? _____	☐	☐
Alergias a alimentos ¿Cuál/es? _____	☐	☐
Alergias a medicamentos ¿Cuál/es? _____	☐	☐
Cirugías / fracturas / esguinces ¿Cuál/es? _____	☐	☐
Infecciones recientes ¿Cuál/es? _____	☐	☐
¿Recibe alguna medicación? ¿Cuál/es? _____	☐	☐
Vacunas completas para la edad. Especificar vacunas especiales: _____	☐	☐

DESARROLLO MADURATIVO:

¿Corre y coordina bien los movimientos? Sí ☐ No ☐	¿Sabe saltar? Sí ☐ No ☐
¿Sabe expresar lo que necesita o siente? Sí ☐ No ☐	¿De qué modo?
¿Se comunica con los otros? Sí ☐ No ☐	¿De qué modo?
¿Juega? Sí ☐ No ☐	¿Participa en juegos cooperativos con otros niños? Sí ☐ No ☐
¿Dibuja? Sí ☐ No ☐	¿Pinta? Sí ☐ No ☐
¿Controla los esfínteres durante el día y la noche? Sí ☐ No ☐	¿Desde qué edad controla esfínteres? ____ años y ____ meses
¿Prefiere una mano para usar objetos de la vida cotidiana? (Ejemplo para dibujar o comer): Sí ☐ No ☐	¿Cuál? Derecha ☐ Izquierda ☐
¿Puede ponerse o sacarse una campera por sí solo/a o con poca ayuda? Sí ☐ No ☐	¿Le interesa ayudar a vestirse y desvestirse? Sí ☐ No ☐

EXAMEN FÍSICO (Para ser completado por el médico pediatra)

PARÁMETRO	RESULTADO
#Peso:	_____ Kg Percentil:
#Talla:	_____ cm Percentil:
#IMC (Índice de Masa Corporal)	_____
#Tensión arterial (se toma a partir de los 3 años)	____/____ mmHg
Examen bucodental*	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen cardiovascular ^	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen respiratorio	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen abdominal	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen músculo-esquelético	Normal ☐ / Alterado ☐
Condición específica:	Describir:

EVALUACION MÉDICA:

Dejo constancia que: _____

DNI: _____._____.

Ha sido evaluado/a clínicamente y se encuentra:

☐ APTO SIN ADECUACIÓN

☐ APTO CON ADECUACIÓN:

(Detallar ajustes necesarios) _____

Firma y sello del médico
Aclaración
Matrícula profesional

Fecha:/...../.....	_____ Firma del padre, la madre o el responsable legal
Lugar: _____	Aclaración _____ DNI: _____._____.

*Se recomienda control odontológico cada 6 meses ** Se recomienda control oftalmológico anual. *** Se recomienda evaluación si tiene algún problema para oír. ^Realizar control cardiológico si nunca ha realizado.

#Carga en SGE – Ciclo lectivo 2026