

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.: N°:

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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene Epilepsia? Sí* ☐ No ☐(*)¿Recibe tratamiento? Sí ☐ No ☐ Observaciones: _____
_____ | <ul style="list-style-type: none">• ¿Sufre algún otro trastorno Neurológico? Sí* ☐ No ☐(*)¿Cuáles?: _____
_____ |
|--|--|

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Es Alérgico? No ☐ Sí* ☐(*)Medicamentos ¿Cuáles?: _____(*)Picadura de Insectos ¿Cuáles?: _____(*)Polen ☐ <small>* marcar según corresponda</small> | <ul style="list-style-type: none">(*)Polvo ☐(*)Pelo de Animales ☐(*)Otros ☐ _____ |
|--|--|

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Es diabético? Sí* ☐ No ☐(*)¿Recibe tratamiento? Sí ☐ No ☐ Observaciones: _____
_____ | <ul style="list-style-type: none">• ¿Sufre trastornos de la coagulación sanguínea? Sí* ☐ No ☐(*)¿Cuál?: Púrpura ☐ Hemofilia ☐ Vasculitis ☐Otras ☐ _____ |
|---|---|

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Sufre enfermedades cardíacas? Sí ☐ No ☐ Descripción: _____
_____ | <ul style="list-style-type: none">• ¿Sufre enfermedades del aparato digestivo? Sí ☐ No ☐ Descripción: _____
_____ | <ul style="list-style-type: none">• ¿Se desmaya con frecuencia? Sí ☐ No ☐ Descripción: _____
_____ |
|--|--|---|

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Presenta trastornos emocionales y/o de conducta? Sí* ☐ No ☐(*)¿Recibe apoyo de especialistas? Sí ☐ No ☐ Observaciones: _____ | <ul style="list-style-type: none">• Se encuentra bajo tratamiento Psicológico/PsiquiátricoSí ☐ No ☐ Cual?: _____ |
|--|---|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Si sufre alguna otra enfermedad, que no figure en las arriba mencionadas, por favor, sírvase indicar cuál.Sí* ☐ No ☐ Observaciones: _____ |
|--|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sufrió 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.-