



AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La presente ficha contiene información sensible sobre la salud del estudiante. Su uso está restringido exclusivamente al ámbito sanitario y educativo, conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales y confidencialidad médica. **Ley N° 25.326 de Protección de los Datos Personales y la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.**

FICHA DE SALUD ESCOLAR - NIVEL PRIMARIO

PARA SER COMPLETADO POR EL TUTOR

1. Datos del establecimiento y alumno.

INGRESO ☐ ACTUALIZACIÓN ANUAL ☐

Localidad:.....

Establecimiento educativo:..... Curso:..... Sección:

Apellido y Nombre:.....

DNI:..... Fecha Nacimiento: / / Edad:.....

Sexo: **F** ☐ **M** ☐ **Otro** ☐

Responsable legal:..... DNI:..... Tel:.....

Obra social: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:..... N° Afiliado:.....

En caso de emergencia, avisar a:..... DNI:..... Tel:.....

2. Antecedentes personales.

Grupo Sanguíneo:..... Factor **Rh**.....

Epilepsia o convulsiones **NO** ☐ **SI** ☐ Tratamiento actual:.....

Cirugías: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:.....

Cardiovasculares: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:.....

Trauma c/alt. funcional: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:.....

Alergias (especificar):..... **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:.....

Internaciones: **NO** ☐ **SI** ☐

Diabetes: **NO** ☐ **SI** ☐ Requiere insulina **NO** ☐ **SI** ☐

Chagas: **NO** ☐ **SI** ☐

Neurológico: **NO** ☐ **SI** ☐

Asma **NO** ☐ **SI** ☐

Hipertensión **NO** ☐ **SI** ☐

Oftalmológicos, usa lentes: **NO** ☐ **SI** ☐

Auditivos

Otras:.....

Medicamentos prescritos:

3. Condición / Discapacidad.

CUD: **NO** ☐ **SI** ☐ Vencimiento: / / En trámite: **NO** ☐ **SI** ☐

Visual: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:

Auditiva: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:

Motora: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:

Intelectual: **NO** ☐ **SI** ☐ ¿Cuál?:

Otras: ¿Cuál?:

EQUIPO ABORDAJE:

Psicología: **NO** ☐ **SI** ☐

Psicopedagogía: **NO** ☐ **SI** ☐

Terapeuta ocupacional: **NO** ☐ **SI** ☐

Fonoaudiología: **NO** ☐ **SI** ☐

Servicio/Profesional de apoyo a la inclusión:..... **NO** ☐ **SI** ☐

Otras: ¿Cuál?:

Firma y Aclaración del Tutor - DNI



FICHA DE SALUD ESCOLAR - NIVEL PRIMARIO

PARA SER COMPLETADO POR EL EQUIPO DE SALUD

4. Vacunación (según calendario Nacional)

Presentar Certificado de vacunas completas para la edad expedido por vacunatorio público (ADJUNTAR)

Esquema completo ☐ Esquema incompleto ☐
¿Se indican vacunas faltantes? NO ☐ SI ☐ ¿Cuáles?
Se aplican ¿Cuáles?

5. Examen Físico General

Peso:kg. Talla: cm. IMC: Diagnostico:
Requiere seguimiento nutricional: NO ☐ SI ☐
Tensión Arterial Sistólica: Diastólica:
Auscultación:
¿Requiere derivación cardiológica? NO ☐ SI ☐
Respiratorio:
Abdomen:
Osteoarticular: Columna normal ☐ CIFOSIS ☐ ESCOLIOSIS ☐
Observaciones:
.....

6. Derivaciones e Interconsultas

Fonoaudiología NO ☐ SI ☐ Motivo
Oftalmología NO ☐ SI ☐ Motivo
Otras ¿Cuáles? Motivo
¿Cuáles? Motivo

Se deje constancia que
DNI, de años
se encuentra apto para el ingreso escolar y en condiciones de
realizar actividades físicas, incluyendo actividades acuáticas,
correspondientes a su edad, grado de maduración y desarrollo,
según el examen clínico realizado en reposo.
De no mediar intercurrencias clínicas que determinan lo contrario,
esta constancia tiene validez por un año.

Firma/sello
Fecha / /

7. Odontología:

¿Presenta caries? NO ☐ SI ☐
Lesiones sospechosas de tejidos blandos NO ☐ SI ☐
¿Presenta maloclusión? NO ☐ SI ☐
¿Requiere tratamiento? NO ☐ SI ☐
Observaciones:
.....

Firma/sello
Fecha / /



FICHA DE SALUD ESCOLAR - NIVEL PRIMARIO

CONTROLES COMPLEMENTARIOS NIVEL PRIMARIO

8. Oftalmología: si lo indica el médico que completa la ficha de Salud escolar

Normal ☐ Alterado ☐

Requiere lentes ☐

Observaciones:
.....

Firma/sello

Fecha / /

9. Fonoaudiología: si lo indica el medico que completa la ficha de Salud Escolar

Área de comunicación y lenguaje:

Desafíos en la expresión NO ☐ SI ☐

Desafíos en la comprensión NO ☐ SI ☐

Área audiolología:

Audiometría (Barrido tonal): Pasa NO ☐ SI ☐

Prueba auditiva (Umbral de captación de la palabra)

Requiere seguimiento/derivación NO ☐ SI ☐

Observaciones:.....
.....

Firma/sello

Fecha / /