



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 SECUNDARIO

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 SECUNDARIO

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.....

7. Actividad física no competitiva

Todo estudiante tiene derecho a realizar la actividad física escolar a menos que exista una indicación médica que lo restrinja, dado que el riesgo por sedentarismo es mayor que los eventos graves durante la actividad física a estas edades. (SAP, 2025).

¿Presenta algún motivo de restricción? NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?.....

Para la práctica de actividades deportivas de alto rendimiento deberá realizarse evaluación clínica específica.

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES

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 interurrencias clínicas que determinan lo contrario,
esta constancia tiene validez por un año.

Firma/sello

Fecha / /

8. Odontología:

¿Presenta caries?..... NO ☐ SI ☐

Lesiones sospechosas de tejidos blandos NO ☐ SI ☐

¿Usa piercing? NO ☐ SI ☐

¿Requiere tratamiento?..... NO ☐ SI ☐

Observaciones:

Firma/sello

Fecha / /



FICHA DE SALUD ESCOLAR - NIVEL SECUNDARIO

CONTROLES COMPLEMENTARIOS NIVEL SECUNDARIO

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

Normal ☐ Alterado ☐

Requiere lentes ☐

Observaciones:

.....

Firma/sello
Fecha / /

10. 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 / /