

Fecha: ____ / ____ / ____

Grupo Sanguíneo: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Pcia: _____

Sala o Grado que cursará el año próximo: _____

Obra Social: _____ Afiliado N°: _____ Tel.: _____

**A COMPLETAR POR EL/LA
ADULTO RESPONSABLE**

Nació de Parto Normal SI/NO

Si la respuesta es NO, comente
resumidamente las circunstancias

VACUNACIONES

B.C.G. SI/NO

Triple SI/NO

Sabín SI/NO

Antisarampionosa SI/NO

Doble SI/NO

Refuerzo de Antitetánica SI/NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión SI/NO

Varicela SI/NO

Rubeola SI/NO

Escarlatina SI/NO

Conqueluche (Tos Convulsa) SI/NO

Paroditis (Paperas) SI/NO

Otras: _____

Hepatitis SI/NO

A COMPLETAR POR EL/LA MÉDICO/A

Talla: ____ cm. Peso: ____ Kg.

SEMIOLOGÍA:

(Consigne sólo los datos positivos)

Aparato Respiratorio _____

APARATO CARDIORESPIRATORIO:

Pulso: ____ Tensión arterial: _____

Auscultación: _____

Aparato Digestivo: _____

Osteoarticular: _____

Postura: _____

Pie (plano, cavo, talo, valgo): _____

Columna: _____

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

Usa anteojos: SI/NO

Otros datos a consignar: _____

EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias: SI/NO

Caries SI/NO



A COMPLETAR POR EL/LA
ADULTO/A RESPONSABLE

Enfermedades Alérgicas SI/NO

Si la respuesta es sí :

- A Medicamentos.
- A Comidas.
- A Picaduras.

¿Toma medicamentos? SI/NO

(Indicar nombre, dosis, vía y horarios)

¿Realiza algún tratamiento
médico? SI/NO

Detalle

¿Realiza algún tratamiento
psicológico? SI/NO

Detalle

¿Presenta algún tipo de dificultad o
enfermedad actualmente?

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración: _____

Vínculo: _____

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración: _____

Vínculo: _____

A COMPLETAR POR EL/LA MÉDICO/A

Indique algún dato positivo resultante
de la revisión Clínica: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

La presente reviste carácter de **Declaración Jurada**.