

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Pcia: \_\_\_\_\_

Sala o Grado que cursará en 2020: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

Nació de Parto Natural 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 CARDIO RESPIRATORIO:**

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.
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos? SI/NO

(Indicar nombre, dosis, vía y horarios)

¿Realiza algún tratamiento médico  
o 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 MEDICO

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