



# HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE



EPET N° 1 "UNESCO"  
"UNESCO"

Provincia de Misiones  
Ministerio de Salud Pública  
Honorable Consejo General de Educación

Fecha: \_ / \_ / \_

### DATOS DEL ESTUDIANTE (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:..... Nombre:.....

D.N.I:..... Fecha de nacimiento: \_ / \_ / \_

Domicilio:..... N°:.....

Departamento:..... Localidad:..... Teléfono:.....

Nivel: **INICIAL**       **PRIMARIA**       **SECUNDARIA**

Establecimiento Escolar:..... Dirección:.....

### DATOS DEL RESPONSABLE PARENTAL / TUTOR (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:..... Nombre:..... D.N.I N°:.....

Domicilio:..... N°:.....

Departamento:..... Localidad:..... Teléfono:.....

Trabaja: **SI**       **NO**

Cobertura Social: **OBRA SOCIAL**  .....      **PLAN PRIVADO**  .....      **NINGUNA**

### ANTROPOMETRIA DEL NIÑO/A

PESO:.....gr.      TALLA:.....cm.      GRUPO SANGUÍNEO.....      Tensión Arterial:...../..... (mmHg)

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C			
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFERICO			
S.N.P			

Antecedentes patológicos: SI       NO  Cuál?:.....

Recibe Alguna Medicación: SI       NO  Cuál?:.....

Usa Anteojos: SI       NO

Usa **ORTESIS**: SI  NO       **PROTESIS**: SI  NO       **SILLA DE RUEDAS**: SI  NO

**ALERGIA**: SI  NO       Cuál?:.....

Posee alguna discapacidad **FISICA** SI  NO       **PSIQUICA** SI  NO

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) SI  NO

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				



# HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

Provincia de Misiones



EPET N° 1 "UNESCO"  
"UNESCO"

¿Concorre a Rehabilitación? SI  NO

¿Concurrió a Rehabilitación? SI  NO

**CALENDARIO DE VACUNACION** (Marcar con una X lo que corresponda)

EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádruple bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabín (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble bacteriana (dTa) (8)
Recién nacido	1ª dosis*	1ª dosis*					
2 meses		2ª dosis*	1ª dosis*	1ª dosis*			
4 meses			2ª dosis*	2ª dosis*			
6 meses		3ª dosis*	3ª dosis*	3ª dosis*			
12 meses						1ª dosis*	
18 meses			4ª dosis*	4ª dosis*			
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis*	
11 años		Iniciar o Completar esquema (3ª dosis)**				Refuerzo ***	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							

APTO PARA EDUCACION FISICA:  SI /  NO Causa:.....

**Profesional del Sistema de Salud:**

Apellido y Nombre.....

Matrícula:.....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Prestación: .../.../.....

.....  
**Firma y sello del profesional**

.....  
**Firma del Responsable parental/Tutor**