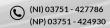


Instituto de Educación Pública de Gestión Privada (106012) Bautista del Centro.

Nivel Inicial | Paraguay y Congreso N° 317 Nivel Primario | La Rioja N° 1402



administracion@institutobautistadelcentro.com info@institutobautistadelcentro.com

NIVEL INICIAL - PRIMARIO  ELDORADO   MISIONES   ARGENTINA	www.institutobautistadelcentro.com				f Instituto Bautista del Centro	
Apellido:						
D.N.I.:	. Fecha de nacimier	nto://				
Domicilio:				Femenino _		
Departamento:						
_						
Nivel: INICIAL				POLIMO		
Establecimiento Escolar:	D	irección:				
	RE/MADRE/TUTO					
Apellido:						
Domicilio:						
Departamento:	Lo	ocalidad:		Teléfond		
		Trabaja	:	Si	No _	
	141				NINGII	T.A.
Cobertura Social: OBRA SOCI	IAL PI	LAN PRIVADO			NINGUN	NA
	ANTROPOMET	TRIA DEL ALUM	NO			
PESO:gr.	TALLA:Arterial:			ensión: Ig)		
SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGI	ICO		DIAG	NÓSTICO (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.						
10.7.11	<u> </u>			I		

Antecedentes patológ	gicos: SI	NO _	Cuál	?			
Recibe Alguna Medicación: SI NO _			Cuál?				
Usa Anteojos: SI		NO_					
Usa ORTESIS: SI _	NO	PROTESIS: SI	NO_	SILLA DE RUEDA: SI	NO		
ALERGIA: SI	NO	Cuál	?				

Posee alguna discapacidad FISICA SI _ NO					<b>PSIQUICA</b> SI _ NO _			
Posee Certificado Único de Discapacidad SI _ NO _								
TIPO DEF	ICIENCIA	LEVE	MODERADO	GR	GRAVE		UNDO	
Intelectual								
Conducta								
Motriz								
Auditivo								
Visual								
¿Concurre a Rehabilitación? SI NO ¿Concurrió a Rehabilitación? SI NO  CALENDARIO DE VACUNACION (Marcar con una X lo que corresponda)								
		I I				1		
EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádrupe bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabin (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*					
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis *		
11 años		Iniciar o Completar esquema (3ª dosis)**				Refuerzo		
16 años							Refuerzo	
Cada 10							Refuerzo	
años Otras								
Otras						<u> </u>		
APTO PARA EDUCACION FISICA:  Causa:				SI / NO				
Drofosional dal Sistema de Salud				 	·····		·····	
Profesional del Sistema de Salud Apellido y Nombre:								
Matrícula:								
Centro								
	•							
Asistencial:  Fecha de Presentación:/								
Firma y sello del profesional				Firma del	Padre/Mad	re/Tutor		
					no mayor de	*		

## FICHA DENTAL ESCOLAR

				Nº				
Escuela:					. Gradro:			
Nombre y Apellido Alumno:					Edad:			
	1							
Normo	Disto	Mesio			Chupete	Mamadera	Otros	
			HABITOS					
18	17 16	15 14 13	3 12 11	21 22	23 24 25	26 27 2	28	
Щ	ШШ			ШШ	عالطالك	الطالطال	Ц	
Щ	لعالعا					الطالطال	$\sqcup$	
48	47 46	45 44 43	3 42 41	31 32	33 34 35	36 37 3	38	
		55 54 53	3 52 51	61 62	63 64 65			
						71		
		띧띧		ШШ	ᄖᄖᄔ	П		
						-   Izquierdo		
	Derecho	쁘쁘뇬		ШШ	عالطالك	J izquierdo		
		85 84 83	82 81	71 72	73 74 75	i		
Ohserva	riones				Color RO	O: Prestacion	es Fristetes	
ODSCI VAC				Referencia		ıl: Prestacione		
						RDE: 1º Molar		
Cool v Blobb 1 Profit Termanente								
	D	Tratamiento	Fecha	D	Tratamiento	Fecha		
					Odont	ólogo Respoi	nsable	