INSTITUTO BAUTISTA DEL CENTRO Instituto de Educación Pública de Gestión Privada (0612) Bautista del Centro



Nivel Inicial: Calle Congreso Nº 317 Km.9

Nivel Primario y Secundario: Calle La Rioja Nº 1402 km.9

(NI) 03751-426784 03751-424930

	administracion@ibceldorado.com.a
\sim	direccion@ibceldorado.com.ar

NIVEL INICIAL - PRIMARIO - SECUNDARIO

Usa ORTESIS: SI

ALERGIA: SI

NO

NO.

PROTESIS: SI

www.ibceldorado.com.ar

NO

SILLA DE RUEDA: SI

Cuál?.....

Apellido:	No	mbre:			
D.N.I.:	Fecha de nacimient	to:/			
					_ Masculino
Domicilio:					
Departamento:	Localidad:		Telefor	10:	
Nivel: INICIAL Nivel PRIMARIO			POLIMODAL		
Establecimiento Escolar:Dirección:Dirección:					
DATOS DEL PA	ADRE/MADRE/TUTO	OR (Marcar con una	X lo que	correspond	a)
Apellido:					
Domicilio:					
Departamento:	Lo			Telé	fono:
		Trabaja	a:	Si _	No
Cobertura Social: OBRA SOCIAI	PI.	AN PRIVADO			NINGUNA
					
	ANTROPOME	TRIA DEL ALUMNO)		
PESO:gr.	TALLA:	am		Tongión	
F E30gr.		/			
	Al Ci iai	/	(IIIIIIII <u>g</u>)	
SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOG	ICO		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.					
0.11.1					
Antecedentes patológicos: SI _	NO	Cuál?			
Recibe Alguna Medicación: SI _	NO NO	Cuál?			
Usa Antonios: CI	NO	- 2011			

Posee algui	na discapac	idad FISIC	CA SI NO _	PSIQUICA SI NO			
Posee Certificado Único de Discapacidad SI NO							
TIPO DEFICIENCIA		LEVE	MODERADO	GR	AVE	PROFUNDO	
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				 	
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: SI / NO Causa:							
Dne	ofocional d	al Sictoma de	a Salud	 	·····		·····
Profesional del Sistema de Salud Apellido y Nombre:							
Matrícula:							
Centro							
	•						
Fecha de Presentación:/							
Firma y sello del profesional					Firma del	Padre/Mad	re/Tutor
i i i i i i j seno dei protesionai						no mayor de	*

FICHA DENTAL ESCOLAR

				Nº				
Escuela:					. Gradro:			
Nombre y Apellido Alumno:					Edad:			
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	Ŋ		
						- Izquierdo		
	Derecho	쁘쁘뇬		ШШ	عالطالك	J izquierdo		
		85 84 83	82 81	71 72	73 74 75	i		
Ohserva	iones:				Color RO	O: Prestacion	es Fristetes	
ODSCI VAC				Referencia				
	Referencia: Color Azul: Prestaciones Requeridas Color VERDE: 1º Molar Permanente							
Color VERGE: 1 Profess T Crimanence								
	D	Tratamiento	Fecha	D	Tratamiento	Fecha		
					Odont	ólogo Respoi	nsable	