



HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

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

Fecha: __/__/__

DATOS DEL ALUMNO (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:.....

Nombre:.....
.....

D.N.I:.....

Fecha de nacimiento: __/__/__

Sexo

☐ Masculino

☐ Femenino

Domicilio:.....

Nº:.....

Departamento:.....

Localidad.....

Teléfono:.....

Nivel

INICIAL

☐

EGB1

☐

EGB2

☐

POLIMODAL

☐

Establecimiento Escolar:.....

Dirección:.....

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:.....

Nombre:.....

D..N.I Nº:.....

Domicilio:.....

Nº:.....

Departamento:.....

Localidad.....

Teléfono:.....

Trabaja

SI

☐

NO

☐

Cobertura Social: OBRA SOCIAL

☐

PLAN PRIVADO

☐

NINGUNA

☐

ANTROPOMETRIA DEL NIÑO

PESO:.....gr. TALLA:.....cm. 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 ☐Cuál?:.....

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 Nº 2707 y 24901) SI ☐ NO ☐

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concurre a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐ ¿Concurrió a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐



HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELA SALUDABLE

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

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 Padre/Madre/Tutor