

Fol
3717
1

17.190

ej2

República Argentina



Ministerio de Educación y Justicia

**DOCUMENTO NACIONAL
DE
SALUD ESCOLAR**

D.N.I.

*Dirección Nacional
de Sanidad Escolar*

INV 014190

1011
SIG 371.7

DOCUMENTO DE SALUD ESCOLAR

Este documento compendia la historia de la salud del titular, en su calidad de educando y lo acompaña a través de los diferentes niveles de enseñanza, cualquiera fuere el establecimiento oficial o privado al que asistiere.

Por revestir carácter personal no debe ser retenido por autoridad alguna. Se presentará cuando fuere requerido y será conservado en buenas condiciones por el titular o persona responsable.

En caso de extravío, podrá requerir un nuevo documento ante la autoridad sanitaria que indique el establecimiento educacional al que concurre.

Se solicita a los profesionales, pertenezcan a Sanidad Escolar o a Instituciones privadas, mutualizadas u oficiales, que asistan periódicamente u ocasionalmente al titular, dejen consignadas las prestaciones efectuadas, así como diagnósticos y cualquier otro dato importante o de interés que se considere oportuno destacar.

TODA ATENCION SANITARIA QUE RECIBA, OFICIAL O PRIVADA, DEBE QUEDAR REGISTRADA.

LEY ::::::::::::::::::::

Este documento separa el registro de atención de la salud en niveles educativos, asignándole colores identificatorios.

Cada prestación debe ser considerada, con fecha y firma del profesional interviniente.

Se recomienda respete los respectivos espacios, para facilitar los controles.

ESTE DOCUMENTO ES UTIL EN CUANTO REGISTRE LA HISTORIA DE SU SALUD.

LLEVELO A SU MEDICO CADA VEZ QUE LO CONSULTE, PERTENEZA O NO A LA INSTITUCION ESCOLAR QUE LA INICIA.

PIDALE AL PROFESIONAL INTERVINIENTE QUE REGISTRE SU PRESTACION Y ACLARE CON FECHA Y FIRMA

SEA USTED PROTAGONISTA DE SU PROPIA SALUD

DATOS DE IDENTIDAD

D:N:I:.....

APELLIDO Y NOMBRE:

.....

Sexo:

Domicilio : C:P:.....

Localidad: Pcia.:

Nombre del Padre:

Nacionalidad:

Profesión ú ocupación:

Nombre de la Madre:

Nacionalidad:

Profesión ú ocupación:

Tiene obra social que le da cobertura: SI NO

Cuál?..... Número de Benef.

CAMBIOS DE DOMICILIO

DOMICILIO

FECHA

ANTECEDENTES FAMILIARES	INDICAR NOMBRE Y EDAD · SI ESTAN FALLECIDOS MARCAR CON UNA CRUZ (+)
(Consignar)	<p>Abuelos</p> <p>Padres</p> <p>Hermanos</p>

ANTECEDENTES NEONATOLOGICOS

Gesta:

Paridad:

Control: SI NO

Institución donde la realizó:

Problemas durante el embarazo: SI NO

Cuál?

Parto:	Esportáneo	Inducido
Cesárea		Forceps
Sufrimiento Fetal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Peso y talla al nacer. kg

..... cm

Patología al nacer: SI NO

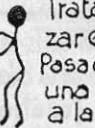
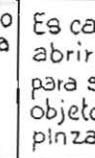
Cuál?

.....
.....
.....

MADURACION NEUROLOGICA DEL LACTANTE

Edad	Tono - Postura Motilidad Desplazamiento	Manos	Boca-Faringe Palabra	Contacto con el medio ambiente Afectividad
Recién Nacido	Hipotonía generalizada La cabeza cae siguiendo la ley de gravedad. En decúbito ventral libra el rostro por apoyar sobre el plano de la mesa.	Manos cerradas con el pulgar dentro del puño.	Succión refleja. Reflejo de la búsquedad. (cuatro puntos cardinales)	Reflejos primarios de defensa ó alejamiento del estímulo nociceptor. Reflejos al calor.
2 Semanas	Paratonia fisiológica de los 4 miembros en flexión y abducción			
1 Mes	En decúbito ventral eleva ligeramente la cabeza	Movimientos asimétricos e incardinados de los cuatro miembros.		
6 Semanas	Mantiene la cabeza erecta por breves segundos. Al intentar sentarlo la cabeza cae hacia atrás		Abre las manos	Esbozo de sonrisa
2 Meses	En decúbito ventral eleva la cabeza 5cm. sobre el nivel de la mesa.			Comienza a fijar la mirada
2 1/2 Meses	Disminuye la paratonia. Miembros inferiores en extensión. En decúbito ventral trata de elevar los hombros apoyándose sobre los antebrazos y codos.		Ajo. Gorjeo	Sonrisa franca (respuesta específica)
3 Meses	En decúbito dorsal lateraliza la cabeza hacia ambos lados. Al intentar sentarlo trata de colaborar.		Junta las manos en la línea media.	Sigue objetos con la mirada
4 Meses	En decúbito ventral eleva hombros apoyándose sobre las puños. A la tentativa de sentarlo colabora eficazmente.		Es capaz de tragar líquidos espesos o papillas. (Alim. semisólida)	

Desarrollo Psicomotor

Edad	Tono-Postura Motilidad Desplazamiento	Manos	Boca-Faringe Palabra	Confiado con el medio ambiente Afectividad
5 Meses	Se mantiene sentado con apoyo. Basia digitigrada.	 Trata de realizar el trípode. Pasa objetos de una mano a la otra.	Sorbe la cuchara	Ríe a carcajadas
6 Meses	Se mantiene sentado sin apoyo. Ante el peligro de caída se apunta. Tripode	 Se inclina los manos toma objetos al borde cubital (borde cubital) y los lleva a la boca	Comienza a Morder	Conoce a las personas que lo atienden y de muestra alegría al verlas
7 Meses	Sentado posee el equilibrio lateral. Reacción de apoyo franca. Basia plantigrada. Período del saltarín.	 Descubre su pie. Lo toma con las manos y lo lleva a la boca.		
8 Meses	Tripode hacia atrás. Comienza a desplazarse sentado, sobre puños y nalgas (ul. de salto). En decúbito ventral es capaz de girar sobre si mismo hasta el decúbito ventral.	 Prehensión voluntaria. Trata de utilizar la pinza radial en tijera.	Repetición de silabas con A: ma-ma pa-pa da-da	
9 Meses	Se para agarrado de la barandilla. Gataea	 Es capaz de abrir la mano para soltar un objeto. Usa la pinza digital.	Es capaz de beber en taza.	Sentado en la silla alta arrastra objetos al suelo y los mira caer.
10 Meses	Apoyado en la barandilla levanta un pie y vuelve a bajarlo.	 Comienza la mastización (Alimento sólido). Usa otras vocales en la repetición de las silabas.	Manifiesta sorpresa ante la visión de un objeto nuevo. Un ruido brusco no lo sobresalta pero lo hace parpadear.	
11 Meses	Es capaz de ponerse de pie tomandose de cualquier objeto que le pueda servir de apoyo.	 Perfecciona la prehensión. Es capaz de tomar una pastilla con los dedos.	Usa diferentes consonantes con la misma vocal. Aumenta su vocabulario	Quiere utilizar la cuchara por sí mismo.
1 Año	Comina tomado de la mano.	 Toma alimentos sólidos del plato y los lleva a la boca.	Trata de tomar frases de dos palabras.	Colabora cuando lo visten. Comienza a descubrir el mundo

3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
• Mantiene la cabeza erguida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Puede girar sobre su abdomen de prono a espalda y a la inversa. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Puede sentarse por sí solo. Espalda recta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Se pone de pie apoyándose en los muebles. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Se mantiene sentado Espalda forma arco. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Gatoeo: desplazamiento voluntario en posición cuadrúpeda. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Da pasos con apoyo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Busca los objetos que salen de su campo visual. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Juega con sus manos y dedos y los estudiá <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Se lleva los objetos a la boca para explorar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Utiliza el dedo para explorar y señalar. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Coloca un objeto encima de otro (torre de dos elementos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Gira la cabeza para seguir un objeto y/o para buscar la fuente de un sonido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Toma objetos y los sostiene <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Apresa con sus manos en movimiento. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Pinza digital (pulgar e índice) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Reflejo de prensión: La estimulación de la palma de la mano lo fuerza a cerrar los dedos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Apresado con sus manos en movimiento. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Prensión palmar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Prensión palmar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

POSICION ERCTA
Y LOCOMOCION

MANIPULACION Y
COORDINACION

Desarrollo del Lenguaje

3 meses	6 meses	9 meses
<ul style="list-style-type: none"> · gira la cabeza buscando fuente de sonido. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · comprende emociones expresadas en lenguaje gesticular. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · comprende órdenes simples "adios" <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>
<ul style="list-style-type: none"> · sonrisa social <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · silabeo uniendo vocales y consonantes <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · usa sonidos para llamar la atención <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>
12 meses	18 meses	2 años
<ul style="list-style-type: none"> · obedece órdenes simples (una acción) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · obedece órdenes simples <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · reconoce las partes del cuerpo <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>
<ul style="list-style-type: none"> · reacciona al "no" <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · palabra frase <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · frases de 2 palabras <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>
3 años	4 años	5 años
<ul style="list-style-type: none"> · usa pronombre "yo" <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · obedece órdenes que implican dos y tres acciones. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · correcta pronunciación <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>
<ul style="list-style-type: none"> · reconoce atrás o adelante <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · reconoce cerca lejos <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>	<ul style="list-style-type: none"> · oraciones bien estructuradas <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> SI NO </div>

	12 meses	18 meses	2 años	3 años	4 años	5 años
ALIMENTACION	explora los alimentos (mete la mano -chupa ensucia)	quiere comer solo pero derrama reclama cubiertos		come y bebe sin derramar para beber usa tazas y vasos.		independiente en todas las actividades cotidianas, juega con otros niños y realiza tareas sencillas que se le solicitan.
CONTROL DE ESFINTERES BAÑO Y VESTIDO		avisa después que se ha mojado. control de intestino	avisa antes de mojarse. quiere vestirse solo	controla la vejiga despierto. se viste y se desviste con ayuda	controla vejiga dormido. se viste y desviste solo	
JUEGO	juega con objetos que estimulan sus sentidos (colores-sonidos-movimientos) juega a "tomar y dar" juega a "está y no está".		juego de habilidades (practica lo que es capaz de hacer) juego paralelo	juego dramático: vida familiar (juego compartido)	juego dramático-mundo externo	

ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICO-CULTURALES

ENFERMEDADES PADECIDAS :

.....

.....

.....

INTERVENCIONES QUIRURGICAS :

.....

.....

ACCIDENTES:

.....

.....

TRATAMIENTOS ACTUALES:

.....

.....

ALERGICO:

.....

NO DEBE RECIBIR :

.....

.....

Vínculo conyugal	Estable <input type="checkbox"/>	Inestable <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	No Familiar <input type="checkbox"/>
Instrucción de la Madre	Secundario <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
Instrucción del Padre	Secundario <input type="checkbox"/> Completo, Terciario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
Vivienda	Propia <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/>	Prestada <input type="checkbox"/> Chapa <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/>	Compartida <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
	Baño Privado <input type="checkbox"/>	Baño Compartido <input type="checkbox"/>	Letrina <input type="checkbox"/> Agua Corriente <input type="checkbox"/>	Sin Baño <input type="checkbox"/> Agua de Pozo <input type="checkbox"/>
			Canilla <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	Nat. <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> Env. <input type="checkbox"/>
	Electricidad <input type="checkbox"/> Habitaciones <input type="checkbox"/>	Número de <input type="checkbox"/> Ocupantes <input type="checkbox"/>	Cantidad de <input type="checkbox"/> Ocupantes <input type="checkbox"/>	
Cuidado del Niño	Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>	Familiares <input type="checkbox"/>	Menores <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

OTROS ANTECEDENTES

PROGRAMA DE PESQUISA

RN 2m. 4m. 6m. 9m. 18m. 2A 4A 6A 9A 12A 15A

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

NORMAS NACIONALES DE VACUNACION

(CALENDARIO)

Según modificaciones cursadas en la III Reunión Nacional de Actualización de Normas de Vacunación realizada en abril de 1981.

EMBARAZADAS

que da deban, apriete la varuna
del 17 mm. con hierro
un mes. Y un reves un
o dos dias de 17 mm.
se sequen y se vallen por 10
huesos que da este llenado no
necesita la vacunacion de
vacuna bacteriana.

INGRESO
GUARDER

Diez al cumplirnos
en 1910 el
cincuentenario, unitario
y pacífico, de
Díez las Díez

INGRESO
ESCOLAR

se refugio DPL, a
se el auto tiene
no solo aplicar
en las leyes
de tránsito por la DPL,
el Verhuk tiene
que aplicar
a los demás
2 meses o despué
se vigile en el auto
que se aplica
a los demás

A 7º GRADO
INGRESO
CLASIFICACIÓN

RECUERDE

Si un niño no completó los esquemas de acuerdo al calendario de vacunación, debe continuar con los dosis salientes, aunque hayan pasado más de 6 meses. No es necesario reiniciarlo... las madres deben guardar el certificado para presentarlo en el Puesto de Vacunación cada vez que lleve a vacunar al niño y cuando se lo soliciten en la escuela.

Si un niño no cumplió los esquemas de vacuna al calendario de vacunación, debe continuar con las dosis latentes, aunque hayan pasado más de 6 meses. No es necesario reiniciar.

Las madres deben guardar el certificado para presentarlo en el Puesto de Vacunación cada vez que lleve a visitar al niño y cuando se lo lleven a la escuela.

DOSIS	1 ^a	2 ^a	3 ^a	Ref.	Ref.	Ref.
	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello
BOG
TRIPOL
SABIN
DOREZ
SARANTON
RUBICLA
PAPERAS
TEFLONICA

RECOMENDACIONES SOBRE CONTROL MEDICO

Control médico es el conjunto de actividades (estudio clínico, indicación alimentaria, vacunación y educación sanitaria) ejercidas en el individuo, que tiene por finalidad la promoción y protección de la salud, y el diagnóstico temprano de las enfermedades.

Es aconsejable ser controlado por un médico en la siguiente forma:

0 a 1 año ... una vez por mes.

1 a 2 años... una vez cada dos meses.

2 a 4 años ...una vez cada seis meses.

A partir de los 5 años ... una vez cada año.

Se aconseja comenzar el control odontológico periódico al completar la erupción temporaria (Aproximadamente a la edad de tres años).

RECOMENDACIONES SOBRE CONTROL DE AUDICION Y LENGUAJE

Es aconsejable controlar las enfermedades del oído: otitis y tapones de cera, pues son las causas más frecuentes de hipoacusias leves, pudiendo provocar problemas de pronunciación (distalias), dificultad en el aprendizaje y alteración en el comportamiento afectivo y social.

HIPOACUSIA: Es la disminución o pérdida de la audición.

Es muy importante tener en cuenta la detección temprana de los trastornos del lenguaje, para realizar lo antes posible el tratamiento adecuado, que posibilitará al niño superar o compensar su problema.

CONCURRA A LA CONSULTA MEDICA

LOS PADRÉS Y LOS EDUCADORES DEBEN COLABORAR EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE AUDICION Y LENGUAJE.

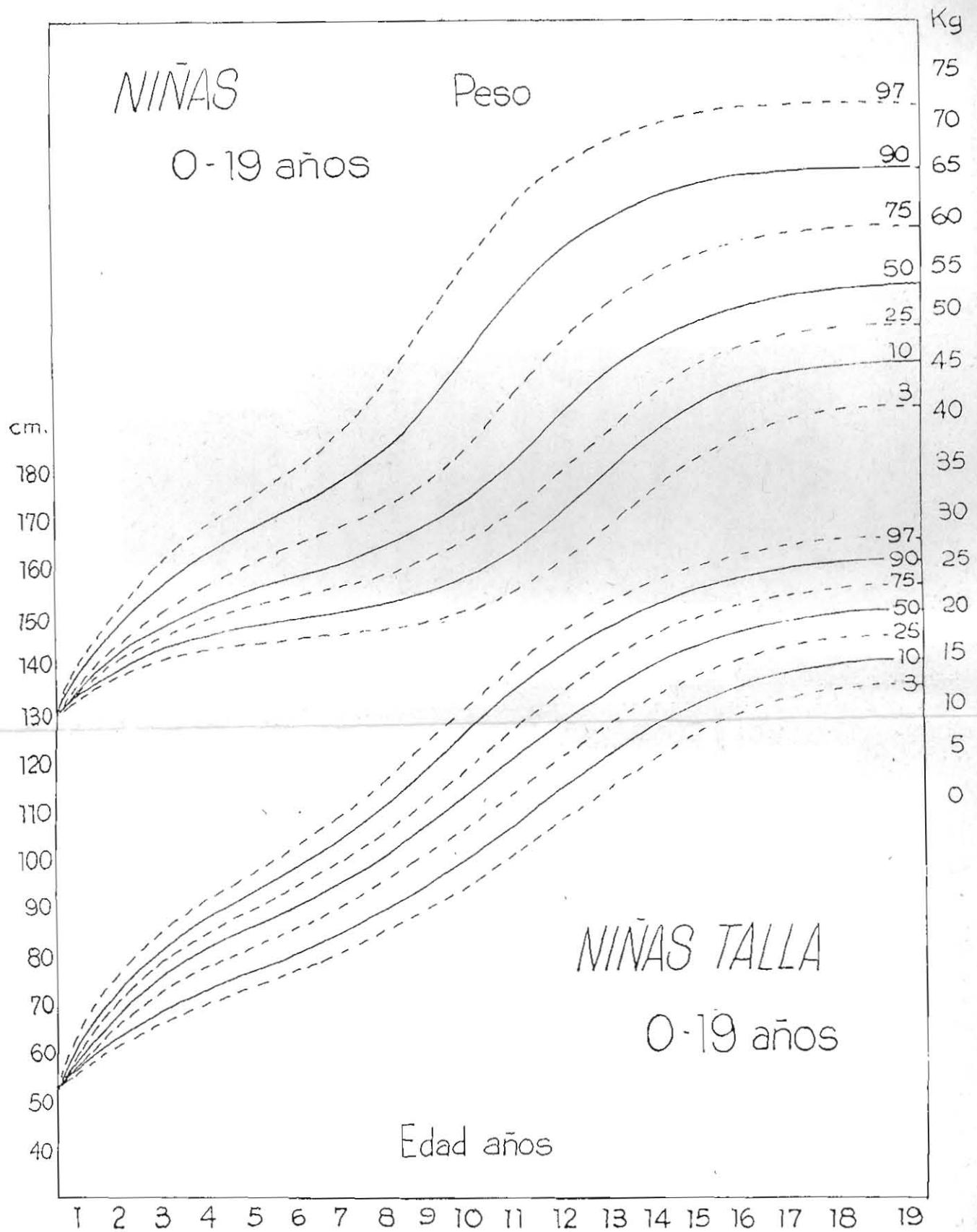
OFTALMOLOGIA

Recomendaciones.

Es aconsejable realizar controles oftalmológicos durante la infancia y la adolescencia, para detectar alteraciones de la agudeza visual u otras patologías y poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz que posibilite un normal desarrollo sensorial indispensable para el aprendizaje.

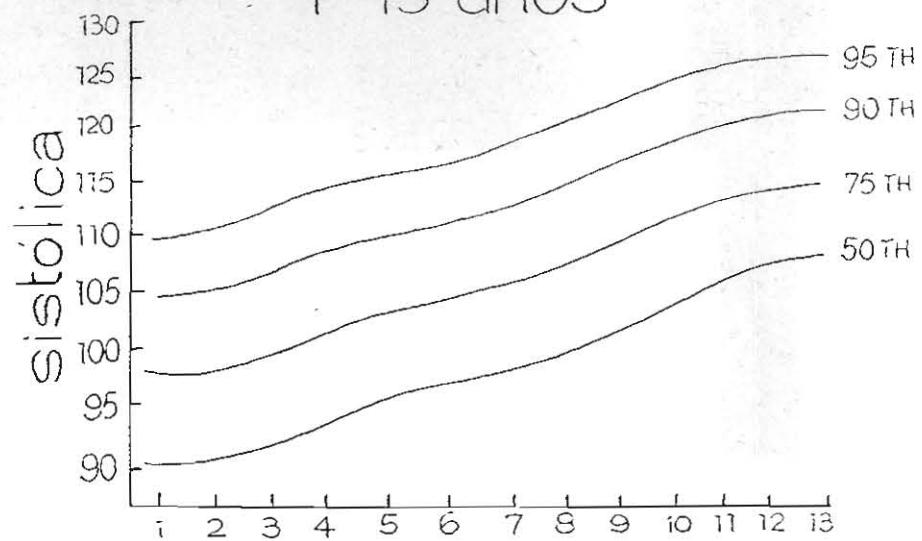
Los principales indicadores que debe llevar a una consulta al especialista son:

- 1- Mala posición de la cabeza y el tronco.
- 2- Cefaleas, visión borrosa, lagrimeo, etc.
- 3- Acortamiento de la distancia al pizarrón.
- 4- El levantarse constantemente a copiar del pizarrón.
- 5- saltarse letras o leerlas al revés.
- 6- Exceso de parpadeo ante la luz intensa. (artificial o natural).
- 7- Frotarse frecuentemente los ojos.
- 8- Poca capacidad de concentración.
- 9- Debe observarse la actitud visual del bebé con respecto a la luz, a la mamá y a los objetos.



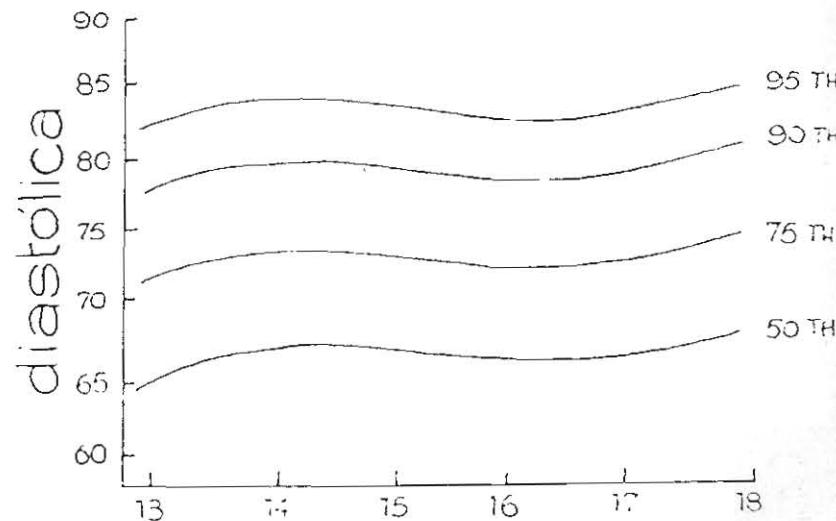
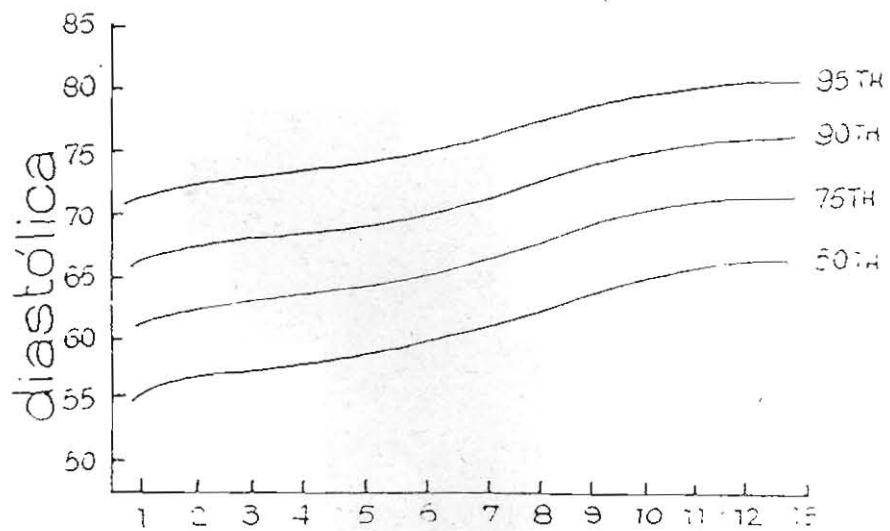
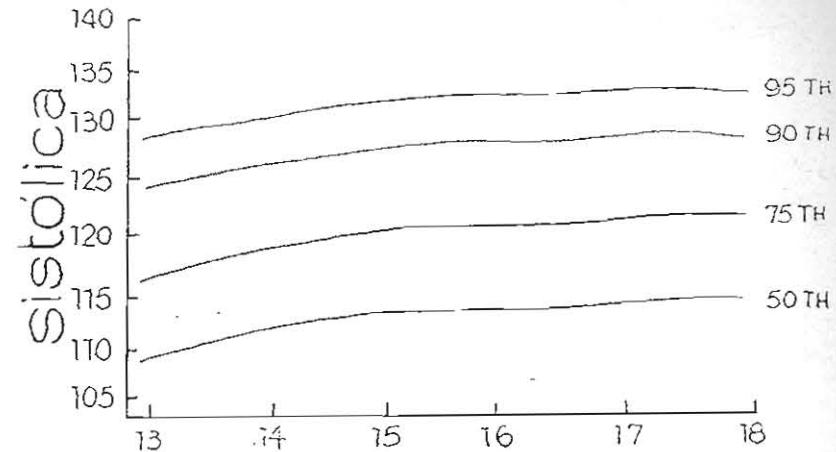
PERCENTILOS DE TENSION ARTERIAL

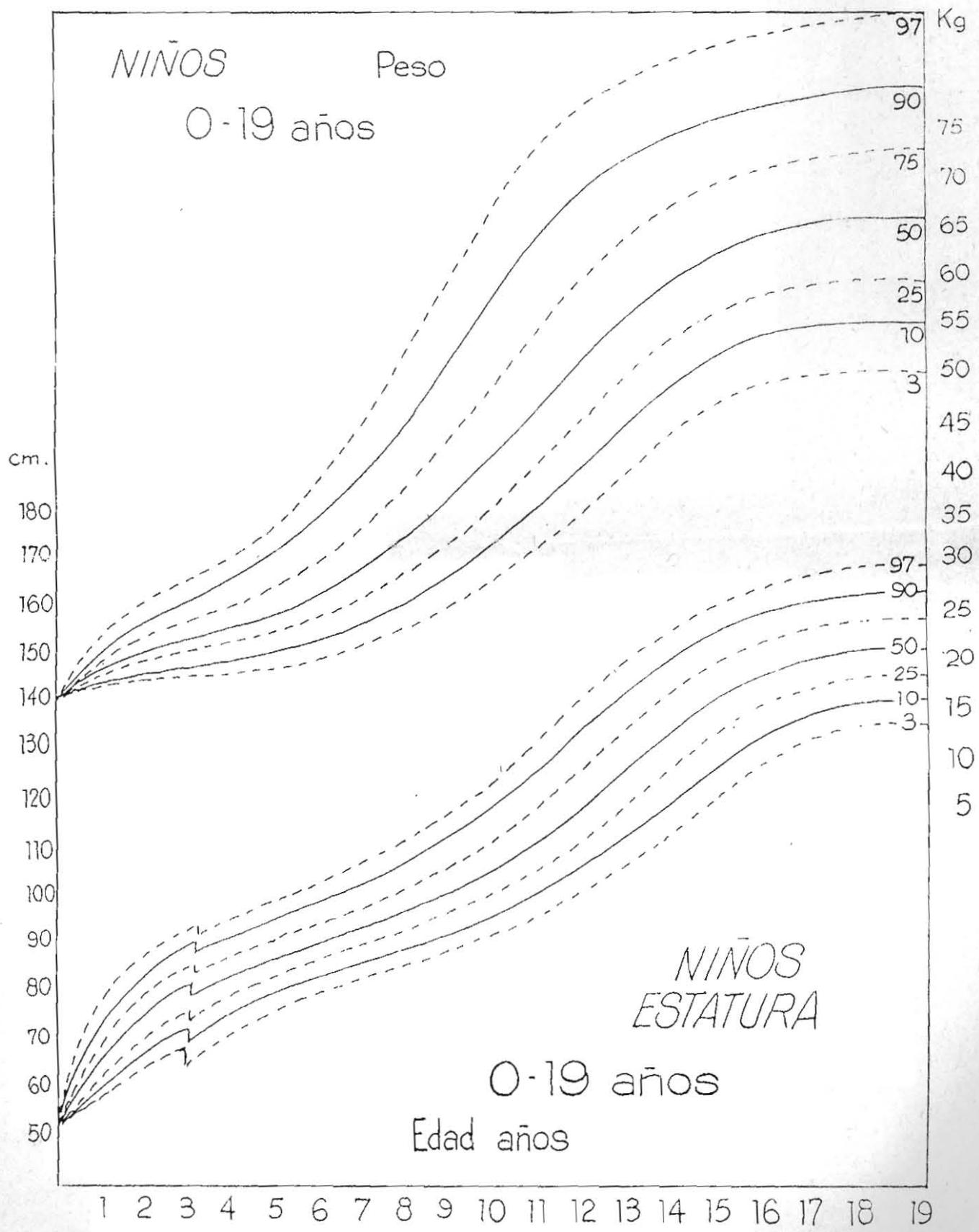
1 - 13 años



13 - 18 años

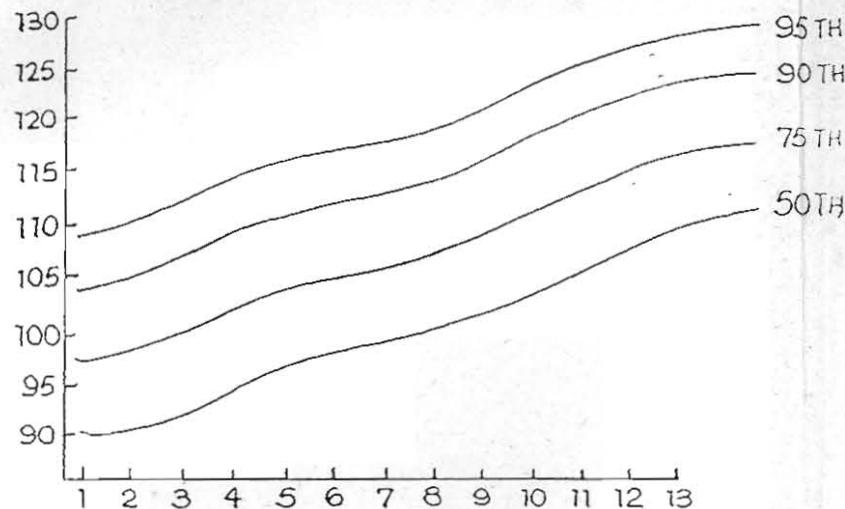
NIÑAS



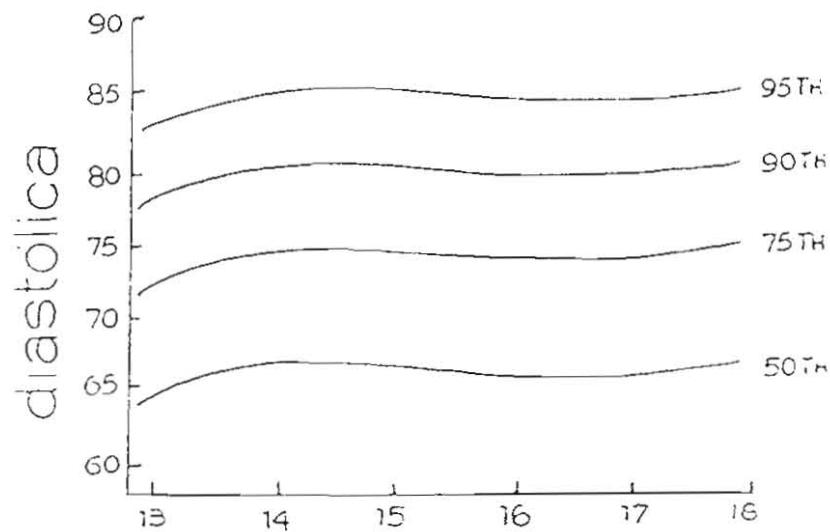
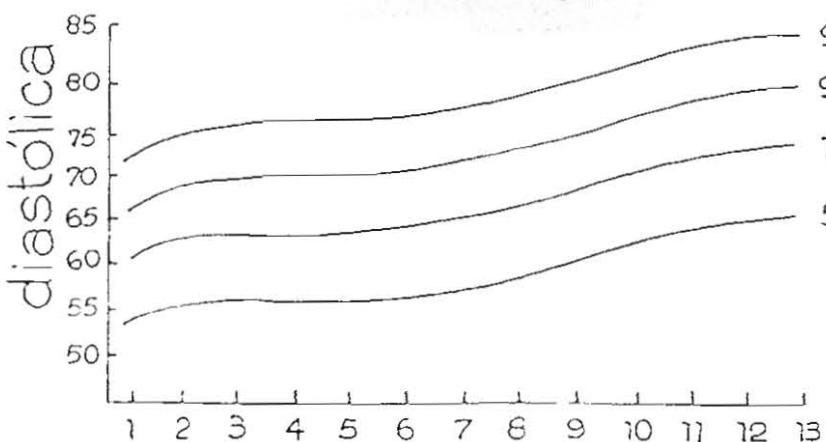
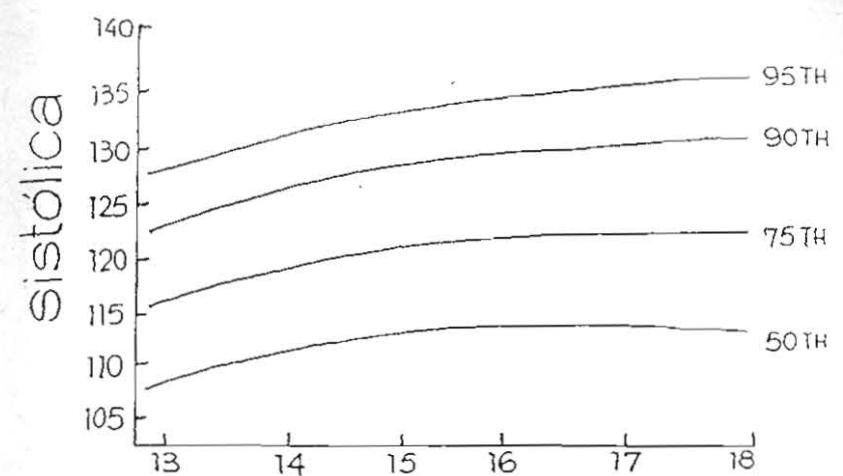


PERCENTILOS DE TENSION ARTERIAL

1 - 13 años



13 - 18 años



NIÑOS

EDUCACION INICIAL

Jardín Maternal

Jardín de Infantes

Nivel Pre-escolar

EXAMEN CLINICO:

Edad:

Peso:

Talla:

Tension Arterial
s/mer
mmHg

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO:

AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO:

AP. GENITO-URINARIO:

ACTUALIZACIONES

PIEL:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Firma y sello del Médico:

Fecha:

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Agudeza Visual	Fecha	Fecha
O.D. S/corrección O.I.		
S/corrección O.D. O.I.		

Otros síntomas.Otras enfermedades del ojo:Firma aclarada:Derivación al especialistaFecha:Realizó tratamiento indicado: sí no Firma aclaradafecha:

CICLO: JARDIN DE INFANTES

PRE - ESCOLAR

Fecha:	Fecha :
AUDICION	AUDICION
Apto : <input type="checkbox"/>	Apto : <input type="checkbox"/>
Derivado : <input type="checkbox"/>	Derivado: <input type="checkbox"/>
FONOARTICULACION	
Normal : <input type="checkbox"/>	Normal: <input type="checkbox"/>
Derivado : <input type="checkbox"/>	Derivado : <input type="checkbox"/>
PATOLOGIA DETECTADA	
<u>Firma Aclarada:</u>	<u>Firma Aclarada</u>
<u>Derivación al Especialista</u>	<u>Derivación al Especialista</u>
<u>Diagnóstico :</u>	<u>Diagnóstico :</u>
<u>Fecha :</u>	<u>Fecha :</u>
<u>Firma Aclarada:</u>	<u>Firma Aclarada :</u>

REALIZO TRATAMIENTO: Si No

Fecha Firma Aclarada

OBSERVACIONES :

EXAMENES ODONTOLOGICOS

Ciclo Educación Inicial

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>									

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Lápiz rojo : Tratamiento anterior

Lápiz azul : Afecciones en tratamiento

REFERENCIAS :

Caries Extracción realizada

Restauración Extracción indicada

Anomalías de :

Posición sí no

Hábitos Deglución atípica sí

orales Respirador bucal sí

Succión del pulgar
u otro dedo síu chupete hasta 2 años + de 2 años Diente veteado sí no

ANOMALIAS DE TEJIDOS BLANDOS.....

.....

PREVENCION :

TERAPIA CON FLUORUROS :

- | | | | | |
|-----------------|----|--------------------------|-------|--------------------------------------|
| - Ingesta | si | <input type="checkbox"/> | Forma | Continua <input type="checkbox"/> |
| | no | <input type="checkbox"/> | | Discontinua <input type="checkbox"/> |
| - Tópicos | si | <input type="checkbox"/> | | Continua <input type="checkbox"/> |
| | no | <input type="checkbox"/> | Forma | Discontinua <input type="checkbox"/> |
| - Enjuagatorios | si | <input type="checkbox"/> | | Continua <input type="checkbox"/> |
| | no | <input type="checkbox"/> | Forma | Discontinua <input type="checkbox"/> |

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

Consumo golosinas o dulces
(por día)

LA ALIMENTACION DEBE SER BALANCEADA

NO USAR CHUPETE CON MIE

LIMITAR AZUCAR Y GOLOSINAS ENTRE COMIDAS

REEMPLAZARLOS POR FRUTAS Y LECHE

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCO-DENTALES

FECHA.....

PATOLOGIAS

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
E.....
O.....
S.....

Fecha.....,.....

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
E.....
Q.....
S.....

Plazo Tratamiento de Caries : 60 días (renovable)

Observaciones y derivaciones :.....

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

Interconsultas

Fecha :

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Indicaciones

Próximo control :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

ACTUALIZACIONES

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico

consultor

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

CICLO PRIMARIO

Teusim Admira L. M. 10/10/1968

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Grado: Peso: Talla:

Repetió algún grado? si no cuál?

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO:

AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO:

AP. GENITO-URINARIO:

MENARCA:

PIEL:

PSIQUISMO:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Grado: Peso: Talla:

Repitió algún grado? si no cu41%

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO:

AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO:

AP. GENITO-URINARIO:

MENARCA:

PIEL:

PSIQUISMO:

Firma y sello del médico:

Fecha:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Grado: Peso: Talla:

Repetió algún grado? si no cuál?

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO:

AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO:

AP: GENITO-URINARIO:

MENARCA:

PIEL:

PSIQUISMO:

Firma y sello del médico:

Fecha:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

OFTALMOLOGIA

Ciclo Primario

<u>Agudeza</u> <u>Visual</u>	<u>fecha</u>	<u>fecha</u>
S/ corrección 0.D. 0.I.		

Ottos síntomas:

Otras enfermedades del ojo:

Firma aclarada:

Derivación al especialista:

fecha:

Realizó tratamiento indicado: SI NO

Firma aclarada

fecha:

O.R.L.: EXAMENES FONOAUDIOLOGICOS

CICLO: Primario

Fecha:	Fecha:
<u>AUDICION</u>	<u>AUDICION</u>
<u>Apto:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Apto:</u> <input type="checkbox"/>
<u>Derivado:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Derivado:</u> <input type="checkbox"/>
<u>FONOARTICULACION</u>	
<u>Normal:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Normal:</u> <input type="checkbox"/>
<u>Derivado:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Derivado:</u> <input type="checkbox"/>
<u>PATOLOGIA DETECTADA</u>	
<u>Firma aclarada:</u>	<u>Firma aclarada:</u>
<u>DERIVACION AL ESPECIALISTA</u>	
<u>Diagnóstico:</u>	<u>Diagnóstico:</u>
<u>Fecha:</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Firma aclarada:</u>	<u>Firma aclarada:</u>

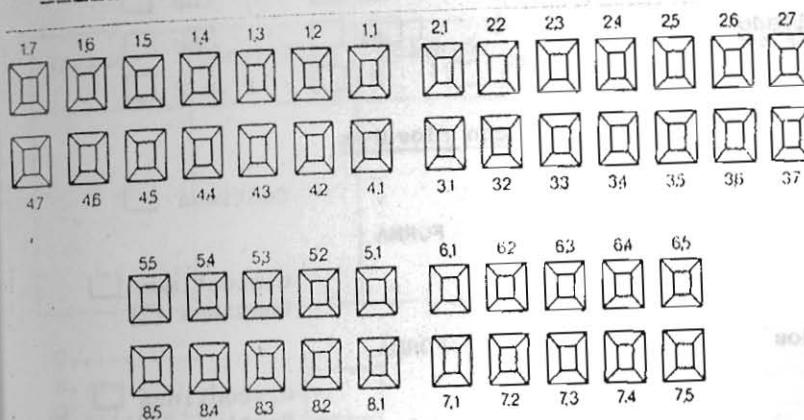
- REALIZO TRATAMIENTO: SI NO - Fecha: Firma aclarada:- OBSERVACIONES:

.....

.....

EXAMENES ODONTOLOGICOS

Ciclo: Primario



Lápiz rojo : Tratamientos anteriores.

Lápiz azul : Afecciones en tratamiento.

REFERENCIAS

Caries	Extracción realizada
Restauración	extracción indicada
C	
P	
O	
S	

ANOMALIAS DE :

Posición si no Oclusión si no

HABITOS

Deglución atípica.

ORALÉS

Respirador bucal

Succión del pulgar ú otro dedo

Chupete Hasta 2 años
± de 2 años. Diente veteado si no

Anomalías de tejidos blandos

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCODENTALESPrevención

Uso pastilla reveladora si no
 Cepillado dental si no
 Cantidad de veces 1 2 + de 2

Terapia con Floruros

si Continua

Ingesta FORMA
 no discontinua
 si Continua

Tópicos FORMA
 no Discontinua
 si Continua

Enjuagatorios FORMA
 no Discontinua

Selladores de fosas y fisuras si no

Consumo golosinas o dulces 0 a 4 veces
 (por día) 5 o más veces.

El 1er. Molar permanente aparece en la boca a los 6 años.
 Este es la clave para la ubicación de toda la dentición
 definitiva.

No se cambia, ni reemplaza a ninguno.

Debe conservarse el espacio de toda pieza dentaria de
 leche perdida antes de la salida de los permanentes.

Fecha

PATOLOGIAS

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
 E.....
 O.....
 S.....



Fecha

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
 E.....
 O.....
 S.....



Plazo Tratamiento de Caries: 60 días (renovable)

Observaciones y derivaciones.

.....

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCODENTALES

Fecha

PATOLOGIAS

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
E.....
O.....
S.....

Fecha

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....
E.....
O.....
S.....

Plazo Tratamiento de Caries: 60 días (renovable)

Observaciones y derivaciones......
.....
.....Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

NIVEL SECUNDARIO

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Año: Peso: Talla:

Repetió algún año: si no cuál:

AP.LOCOMOTOR:

AP.RESPIRATORIO :

AP.CIRCULATORIO :

AP.DIGESTIVO :

AP.GENITO - URINARIO :

MENARCA :

PIEL :

PSIQUISMO :

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Firma y sello del Médico:

Fecha:

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Año: Peso: Talla:

Repetió algún año: si no cuál:

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO :

AP. CIRCULATORIO :

AP. DIGESTIVO :

AP. GENITO - URINARIO :

MENARCA :

PIEL :

PSIQUISMO :

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Firma y sello del Médico:

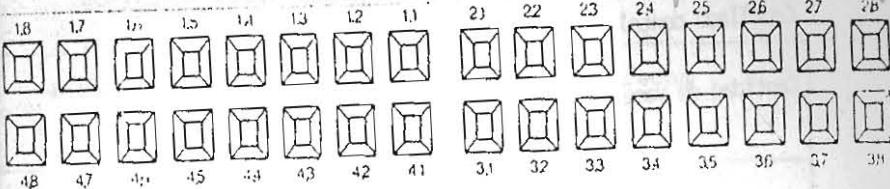
Fecha:

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

EXAMENES ODONTOLOGICOS

Ciclo : Secundario



Lápiz rojo : Tratamientos anteriores

Lápiz azul : Afecciones en tratamiento

REFERENCIAS

Caries

Extracción realizada

Restauración

Extracción indicada

Anomalías de :

Posición

sí no

Oclusión

sí no

Hábitos

Deglución atípica

sí

Respirador bucal

sí Succión del pulgar
u otro dedosí

Diente veteado

sí no

Anomalías de tejidos blandos.....

.....

.....

*Passar atrás de
oftalmología*

PREVENCIÓN

Uso pastilla reveladora si no
Cepillado dental si no
Cantidad de veces 1 2 + de 2

TERAPIA CON FLUORUROS

Tópicos	sí	<input type="checkbox"/>	Forma	continua	<input type="checkbox"/>
	no	<input type="checkbox"/>		discontinua	<input type="checkbox"/>
Enjuagatorios	sí	<input type="checkbox"/>	Forma	continua	<input type="checkbox"/>
	no	<input type="checkbox"/>		discontinua	<input type="checkbox"/>
Selladores de fosas y fisuras	sí	<input type="checkbox"/>	Forma	continua	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		discontinua	<input type="checkbox"/>
Consumo golosinas o dulces (por dfa)	0 a 4 veces	<input type="checkbox"/>	Forma	continua	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		discontinua	<input type="checkbox"/>

El agente causal de la caries es la placa dental.

La placa se elimina con el cepillado, el fluor y la disminución de dulces.

OFTALMOLOGIA

Ciclo Secundario

Agudeza Visual	fecha	fecha
S/ corrección	O.D. O.I.	
S/ corrección	O.D. O.I.	

Otros síntomas:

Otras enfermedades del ojo:

Firma aclarada:

Derivación al especialista.

Realizó tratamiento indicado: si no

- Firma aclarada fecha

O.R.L. EXAMENES FONOAUDIOLOGICOS

CICLO: Secundario

Fecha	Fecha:
AUDICION	AUDICION
Apto:	Apto:
Derivado:	Derivado:
FONOARTICULACION	FONOARTICULACION
Normal:	Normal:
Derivado:	Derivado:
PATOLOGIA DETECTADA	
Firma aclarada	Firma aclarada
DERIVACION AL ESPECIALISTA	DERIVACION AL ESPECIALISTA
Diagnóstico:	Diagnóstico:
Fecha.	Fecha.
Firma aclarada:	Firma aclarada:

- REALIZO TRATAMIENTO: SI NO

- Fecha Firma aclarada

- OBSERVACIONES:

.....

.....

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCODENTALES

Fecha

PATOLOGIAS

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

E.....

O

S

Fecha

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C

E

O

S

Plazo Tratamiento de Caries: 60 días (renovable)

Observaciones y derivaciones.

.....

.....

.....

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico
consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico
consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

NIVEL TERCARIO

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

EXAMEN CLINICO

Tens. art. ^{MAX}
M/N.

Escolaridad : Año : Recursa materia Si No

Peso : Talla :

Ap.locomotor :

Ap.respiratorio :

Ap.circulatorio :

Ap.digestivo :

Ap. génito - urinario :

Piel :

Psiquismo :

Hábito tabáquico

Si

No

Fecha : Firma y sello del médico

Examenes complementarios :

Abreugraffia :

Radiografía panorámica de torax :

Informe :

Examenes de Laboratorio :

Hemograma :

Eritrosedimentación :

V/D/R/L/ :

Glucemia :

Machado Guerreiro :

Orina completa :

Fecha:

Firma y sello del médico

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Año : Recursa materias Si No

Peso ; Talla:

Ap.locomotor ;

Ap.respiratorio ;

Ap.circulatorio ;

Ap.digestivo ;

Ap. génito-urinario ;

Piel ;

Psiquismo :

Hábito tabáquico : Si No

Fecha Firma y sello del médico

Exámenes complementarios :

Abreugraffa :

Radiografía panorámica de tórax :

Informe:

Exámenes de Laboratorio :

Hemograma :

Eritrosedimentación :

V/D/R/L :

Glucemia :

Machado Guerreiro :

Orina completa :

Fecha :

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Actualizaciones :

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Otros exámenes complementarios :

OFTALMOLOGIA

Agudeza Visual	fecha	fecha
O.D. S/ corrección O.I.		
O.D. S/ corrección O.I.		

Otros síntomas.

Otras enfermedades del ojo:

Firma aclarada:

Derivación al especialista: fecha

Realizó tratamiento indicado: si no

Firma aclarada: Fecha

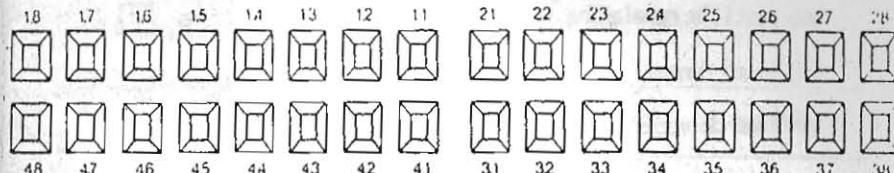
O.R.L. : EXAMENES FONOAUDIOLOGICOS

CICLO: Terciario

Fecha:

AUDICIONApto: Derivado: FONOARTICULACIONNormal: Derivado: PATOLOGIA DETECTADAFirma aclarada:DERIVACION AL ESPECIALISTASI NO DiagnósticoFecha:Firma aclaradaAPTO PROVISORIO:Fecha PLAZOFirma aclaradaAPTO DEFINITIVO:Fecha PLAZOFirma aclaradaOBSERVACIONES:EXAMEN ODONTOLOGICO :

Ciclo : Terciario



Lápiz rojo : Tratamientos anteriores

Lápiz azul : Afecciones en tratamiento

Referencias .Caries

Extracción realizada

Restauración

Extracción indicada

Anomalías de :Posiciónsí no Oclusiónsí no HábitosDeglución atípica sí Respirador bucal sí Diente veteadosí no

Anomalías de tejidos blandos.....

.....

PREVENCION :

Uso pastilla reveladora sí no
 Cepillado dental sí no
 Cantidad de veces 1 2 + de 2

Terapia con fluoruros

Tópicos sí Forma continua
 no discontinua

Enjuagatorio sí Forma continua
 no discontinua

Selladores de fosas y fisuras sí no

Consumo golosina o dulces 0 a 4 veces
 (por día) 5 ó más

Los dientes deben estar en correcta posición y las relaciones entre los maxilares deben ser normales para que no se produzcan trastornos en : la masticación, respiración y estética.
 Reemplazar las piezas perdidas.

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCO-DENTALESPATOLOGIAS :

Fecha.....

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

Fecha.....

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

PLAZO TRATAMIENTO DE CARIOS : 60 DIAS (RENOVABLE)

Observaciones y derivaciones :.....

.....

ACTUALIZACION DE EXAMENES BUCO-DENTALES

PATOLOGIAS :

Fecha.....

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

Fecha.....

PATOLOGIAS :

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

PLAZO TRATAMIENTO DE CARIOS : 60 DIAS (RENOVABLE)

Observaciones y derivaciones :

.....

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico

consultor

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

Interconsultas

Fecha :

Especialidad que se interconsulta :

Motivo de la interconsulta :

Firma y sello del médico

Fecha :

Opinión del médico consultor :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico

consultor

PATOLOGIAS REGIONALES

PARASITOSIS

.....
.....
.....
.....

BOCIO ENDEMICO

.....
.....
.....
.....

CHAGAS

.....
.....
.....
.....

OTRAS

.....
.....
.....
.....

CONSULTAS PSICOLOGICAS

Fecha:

Motivo:

Recibió tratamiento: SI NO

Observaciones:

.....

Firma aclaratoria del profesional

Fecha:

Motivo:

Recibió tratamiento: SI NO

Observaciones:

.....

Firma aclaratoria del profesional

Otros datos que el profesional considere oportuno
consignar:

.....
.....
.....

Fecha
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha
.....

*Este documento fue elaborado por
la D.N.S.E. Saavedra 15. Cap.*