

Foll
371,7
1

17190

ej2

República Argentina



Ministerio de Educación y Justicia

DOCUMENTO NACIONAL
DE
SALUD ESCOLAR

D.N.I.

*Dirección Nacional
de Sanidad Escolar*

DOCUMENTO DE SALUD ESCOLAR

INV 017190

SIG 371.7

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 caracter 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, PERTENEZCA 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

FECHA.

DOMICILIO

ANTECEDENTES FAMILIARES	INDICAR NOMBRE Y EDAD · SI ESTAN FALLECIDOS MARCAR CON UNA CRUZ (+)
(Consignar)	<div data-bbox="467 1112 588 1161">Abuelos</div> <div data-bbox="599 1083 1377 1205"> <div data-bbox="599 1083 760 1205"></div> <div data-bbox="809 1083 972 1205"></div> <div data-bbox="1013 1083 1173 1205"></div> <div data-bbox="1217 1083 1377 1205"></div> </div> <div data-bbox="525 1350 652 1398">Padres</div> <div data-bbox="693 1315 1290 1441"> <div data-bbox="693 1315 882 1441"></div> <div data-bbox="1100 1315 1290 1441"></div> </div> <div data-bbox="508 1514 678 1562">Hermanos</div> <div data-bbox="693 1495 1282 1711"> <div data-bbox="693 1495 838 1582"></div> <div data-bbox="838 1495 984 1582"></div> <div data-bbox="984 1495 1129 1582"></div> <div data-bbox="1129 1495 1282 1582"></div> <div data-bbox="891 1582 1071 1711"></div> </div>

ANTECEDENTES NEONATOLOGICOS

Gesta:

Paridad:

Control:

SI ☐

NO ☐

Institución donde la realizó:

Problemas durante el embarazo:

SI ☐

NO ☐

Cuál?

Parto:

Espontáneo

Inducido

Cesárea

Forceps

Sufrimiento Fetal

SI ☐

NO ☐

Peso y talla al nacer.kg

.....cm

Patología al nacer:

SI ☐

NO ☐

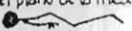
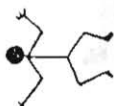
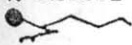

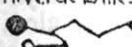
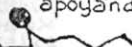

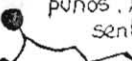
Cuál?



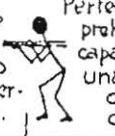

.....

.....

.....

MADURACION NEUROLOGICA DEL LACTANTE

Edad	Tono - Postura Motilidad Desplazamiento	Manos	Boca - Faringe Palabra	Contacto con el medio ambiente Afectividad
Ración Nacido	Hipotonía generalizada La cabeza cae siguiendo la ley de gravedad. En decúbito ventral libera el rostro por encima so- bre el plano de la mesa. 	Manos cerradas con el pulgar dentro del puño.	Succión refleja. Reflejo de la bús- queda. (cuatro puntos cardinales)	Reflejos primarios de defensa o de ja- miento del estímulo nociceptor. Reflejos al calor.
2 Semanas	Paratonía fisiológica de los 4 miembros en flexión y abducción 			
1 Mes	En decúbito ventral eleva ligeramente la cabeza 	Movimientos asimétricos e incoordinados de los cuatro miembros.		
6 Semanas	Mantiene la cabeza erecta por breves segun- dos. 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 fijar la mirada
2 1/2 Meses	Disminuye la paratonía. Miembros inferiores en extensión. En decúbito ventral trata de elevar los hombros apoyándose sobre los ante- brazos 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)	

Edad	Tono-Postura Motilidad Desplazamiento	Manos	Boca-Faringe Palabra	Contacto con el medio ambiente Afectividad
5 Meses	Se mantiene sentado con apoyo. Basia digitigrada. 	Trata de realizar el tripode. Pasa objetos de una mano a la otra.	Sorbe la cuchara	Ríe a carcajadas
6 Meses	Se mantiene sentado sin ayuda. Ante el peligro de caída se apunta. Tripode.	Se inicia el uso de las manos. Toma objetos al tirado (borde cubital) y los lleva a la boca.	Comienza a Morder	Conoce a las personas que lo atienden y demuestra 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 (cul de jatte). En decubito ventral es capaz de girar sobre sí mismo hasta el decubito ventral.	Prehensión voluntaria. Trata de utilizar la pinza radial en tijera.	Repetición de sílabas con A: ma-ma pa-pa da-da	
9 Meses	Se para agarrado de la barandilla Gatea. 	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 arroja objetos al suelo y los mira caer.
10 Meses	Apoyado en la barandilla levanta un pie y vuelve a bajarlo. 		Comienza la masticación (Aliment sólido). Usa otras vocales en la repetición de las sílabas.	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 tomándose 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	Camina 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

Edad	Posición Erecta y Locomoción	COORDINACIÓN Y MANIPULACIÓN
3 Meses	Mantiene la cabeza erguida <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 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
6 Meses	Puede girar sobre su abdomen de prono a supino y a la inversa. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se mantiene sentado Espalda forma arco. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Juega con sus manos y dedos y los estudia. <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 Toma objetos y los levanta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Aprisa con sus manos cosas en movimiento. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Prensión palmar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9 Meses	Puede sentarse por sí solo. Espalda recta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gateo: desplazamiento voluntario en posición cuadrúpeda. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Descubre sus pies, los agarra con sus manos y los inspecciona con sus manos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Prensión voluntaria: es capaz de asir, mantener y dejar objetos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12 Meses	Se pone de pie apoyándose en los muebles. <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 Utiliza el dedo índice 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 Pinza digital (pulgar índice) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Desarrollo del Lenguaje

3 meses	6 meses	9 meses
<ul style="list-style-type: none"> gira la cabeza buscando fuente de sonido. 	<ul style="list-style-type: none"> comprende emociones expresadas en lenguaje gesticular. 	<ul style="list-style-type: none"> comprende órdenes simples "adios"
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
<ul style="list-style-type: none"> sonrisa social 	<ul style="list-style-type: none"> silabeo uniendo vocales y consonantes 	<ul style="list-style-type: none"> usa sonidos para llamar la atención
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
12 meses	18 meses	2 años
<ul style="list-style-type: none"> obedece órdenes simples (una acción) 	<ul style="list-style-type: none"> obedece órdenes simples 	<ul style="list-style-type: none"> reconoce las partes del cuerpo
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
<ul style="list-style-type: none"> reacciona al "no" 	<ul style="list-style-type: none"> palabra frase 	<ul style="list-style-type: none"> frases de 2 palabras
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
3 años	4 años	5 años
<ul style="list-style-type: none"> usa pronombre "yo" 	<ul style="list-style-type: none"> obedece órdenes que implican dos y tres acciones. 	<ul style="list-style-type: none"> correcta pronunciación
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>
<ul style="list-style-type: none"> reconoce atrás o adelante 	<ul style="list-style-type: none"> reconoce cerca lejos 	<ul style="list-style-type: none"> oraciones bien estructuradas
<div>SI NO</div>	<div>SI NO</div>	<div>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		come y bebe sin derramar		independiente en todas las actividades cotidianas, juega con otros niños y realiza tareas sencillas que se le solicitan.
		reclama cubiertos	para beber usa tazas y vasos.			
CONTROL DE ESFINTERES BAÑO Y VESTIDO		avisa después que se ha mojado.	avisa antes de mojarse.	controla la vejiga despierto.	controla vejiga dormido.	
		control de intestino	quiere vestirse solo	se viste y se desviste con ayuda	se viste y desviste solo	
				se baña con ayuda		
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 dramático: vida familiar (juego compartido)	juego dramático - mundo externo	
			juego paralelo			

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

CRECIMIENTO FISICO		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LUX. CONG. DE CADERA		/									
TENSION ARTERIAL			/	/	/	/	/	/	/	/	/
VISION	POR OBSERVACION O POR INTERROG.					/	/	/			
	POR AGUDEZA VISUAL					/	/	/			
ESTRABISMO				/	/	/	/	/			
	POR OBSERVACION O INTERROGATORIO			/	/	/	/	/			
	POR AUDIOMETRIA			
FONOARTICULACION	POR OBSERVACION O INTERROGATORIO	/		/	/	/	/	/			
BUCODENTAL						/	/	/	/	/	/
ESCOLIOSIS						/	/	/	/	/	/

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

NORMAS NACIONALES DE VACUNACION

(CALENDARIO)

(Segun modificaciones surgidas en la III Reunión Nacional de Actualización de Normas de Vacunación, realizada en abril de 1983) -

Edad	Vacuna	BCC (contra la tuberculosis)	DPT (contra la difteria, coqueluche y tétanos)	Sabin (contra la polio o parálisis infantil)	Antitetani- pénico	DTa (contra difteria y tétanos para 10 años y más)
1er. mes						
2º mes			1ª dosis			
4º mes			1ª dosis			
6º mes			2ª dosis			
12 meses			3ª dosis			
18 meses					única dosis	
ingreso			1er. refuerzo	1er. refuerzo		
éxodo			1er. refuerzo	2º refuerzo		
16 años						
(DNI)			2º refuerzo			
Cada 10 años						
						Refuerzo
						Refuerzo

EMBARAZADAS

Sólo deben aplicarse la vacuna antitetánica (TT) o Doble Antígen (Tet) dos veces a partir del 2º mes, con intervalo de un mes y un refuerzo un año después de la 2ª dosis. Este esquema es válido por 10 años durante este tiempo no es necesario la vacunación de embrión tétanos.

La vacuna saba no es necesario aplicarla durante el embarazo ya que la inmunidad viene a lo largo, son adictos a la poligrida.

INGRESSO A
GUARDERIA

Verificar el cumplimiento de los requisitos en caso de incumplimiento, iniciar o continuar las obras fallidas.

INGRESO
ESCOLAR

Aplicar el nuevo DRI, BCO y Jolín. Si el niño tiene 7 años más, no debe aplicarse la DRI, en ese caso deberá reemplazarse por la DI (Dobbi).
Mamá: Verificar que el niño haya recibido una dosis de vacuna antitétanos a los 12 meses o después del año de vida. En caso negativo, debe aplicarse la dosis correspondiente.

DE 2º A 7º GRADO
E INGRESO
SECUNDARIA

Se el niño tiene los siguientes
complejos de desarrollo psicológico
basados en la teoría de Piaget, no
debe seguir ninguna rutina.
En caso contrario, hablar o
compartir los sentimientos.

REGUERE

Si un niño no cumplió los esquemas de acuerdo al calendario de vacunación, debe continuar con las dosis faltantes, aunque hay un pasado más de 6 meses. No es necesario reiniciarlo.

--- Las madres deben guardar el certificado que presentaron en el consultorio de Vacunación cada vez que llegue a vacunar al niño y cuando se lo soliciten en la escuela.

DOSIS	1ª	2ª	3ª	Ref.	Ref.	Ref.
	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello	Fecha Firma/Sello
BOG						
TRIPLE						
SABIN						
DOBE						
SARANTON						
RUBELA						
PAPERAS						
TETANICA						

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 (dislalias), 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 PADRES Y LOS EDUCADORES DEBEN COLABORAR EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE AUDICION Y LENGUAJE.

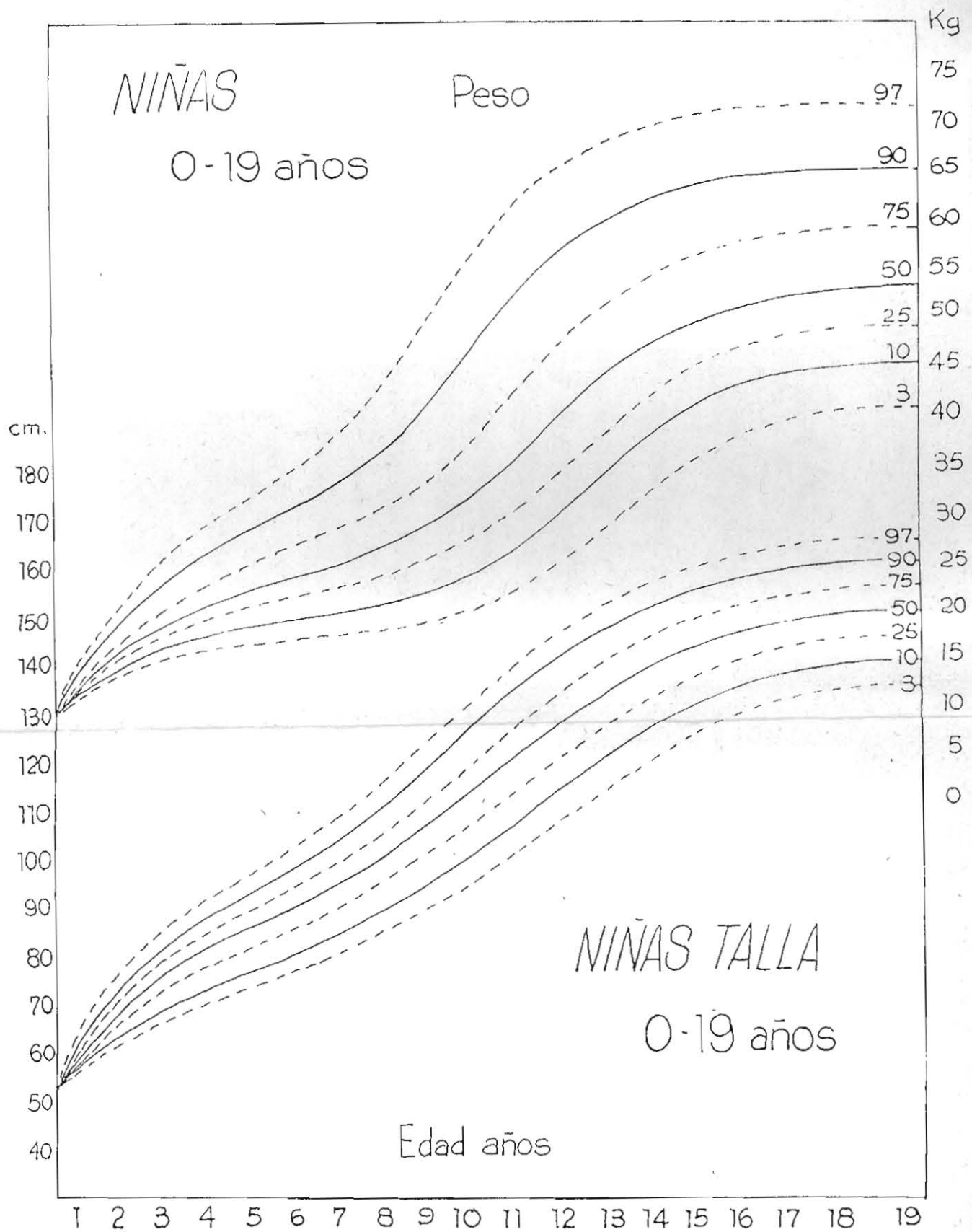
OFTALMOLOGIA

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:

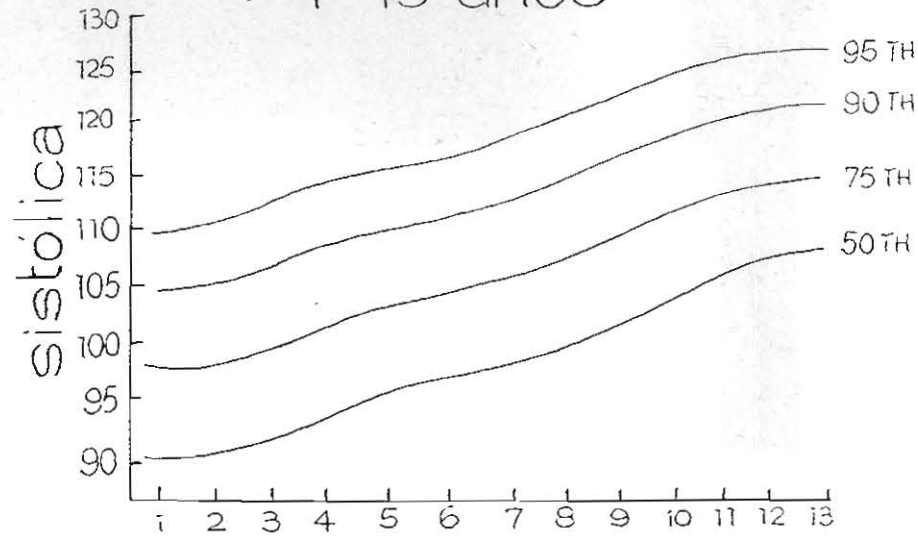
- 1- Mala posición de la cabeza y el tronco.
- 2- Cefaleas, visión borrosa, lagrimeo, etc.
- 3- Acortamiento de la distancia al pizarrón.
- 4- El levantarse constantemente a copiar del pizarrón.
- 5- saltarse letras o leerlas al revés.
- 6- Exceso de parpadeo ante la luz intensa. (artificial o natural).
- 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.



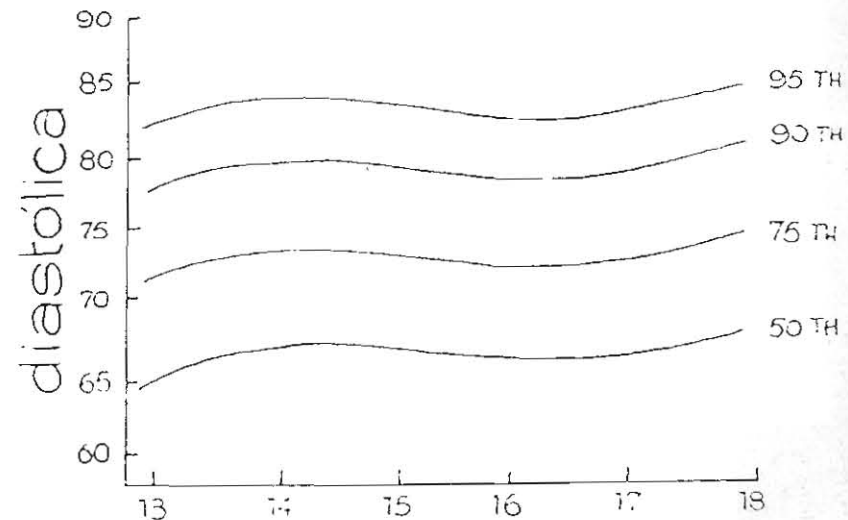
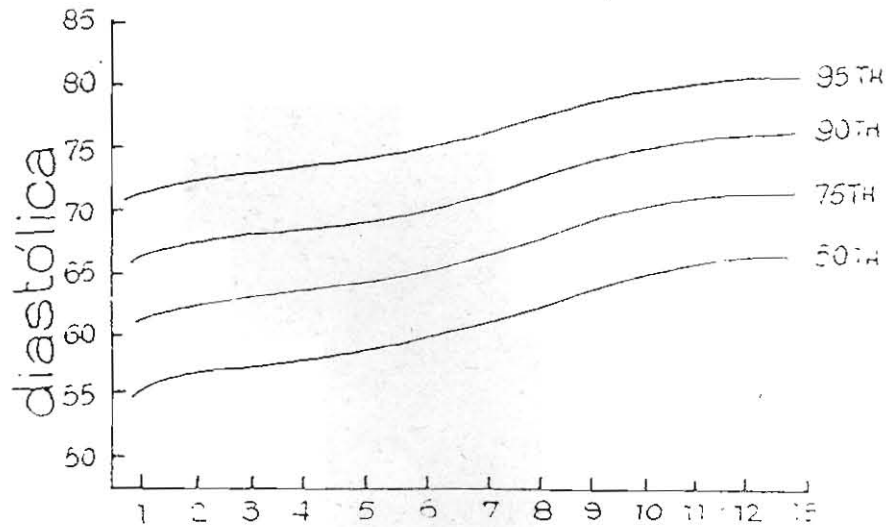
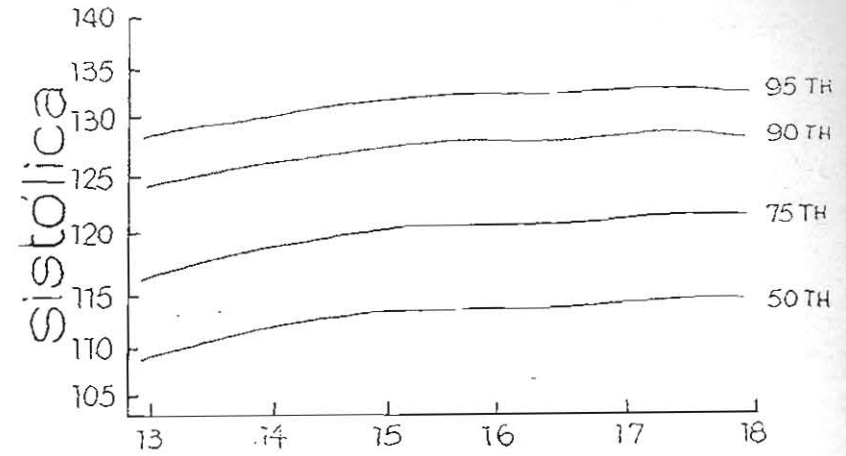
PERCENTILOS DE TENSION ARTERIAL

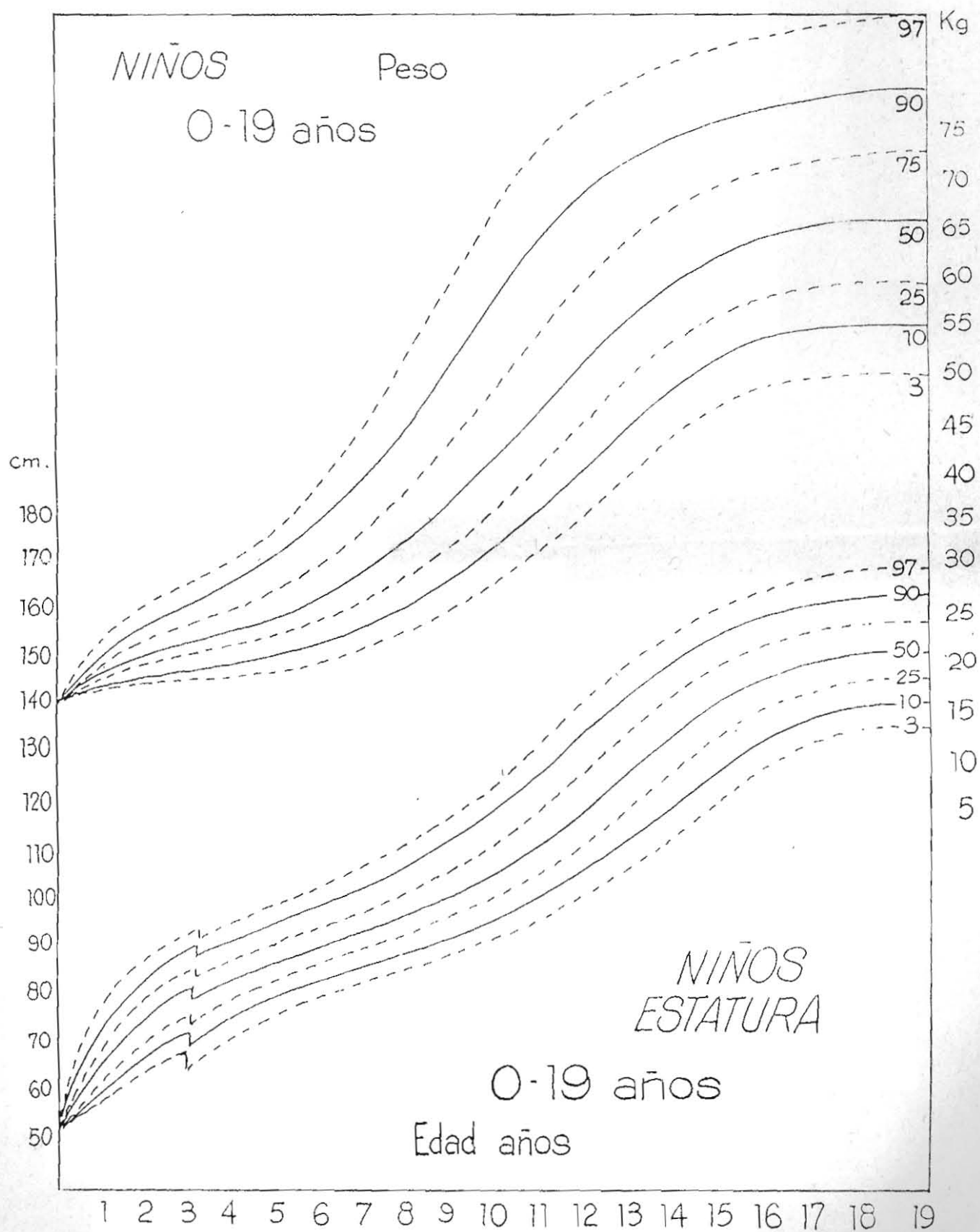
NIÑAS

1-13 años



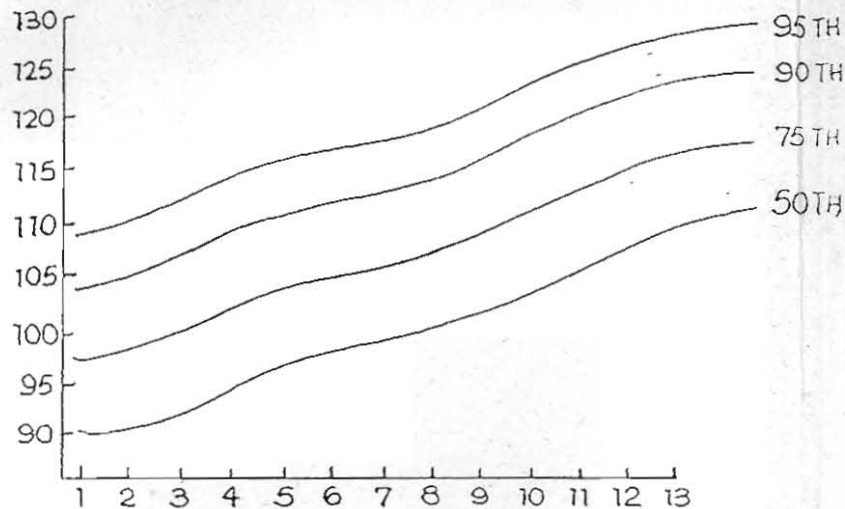
13-18 años





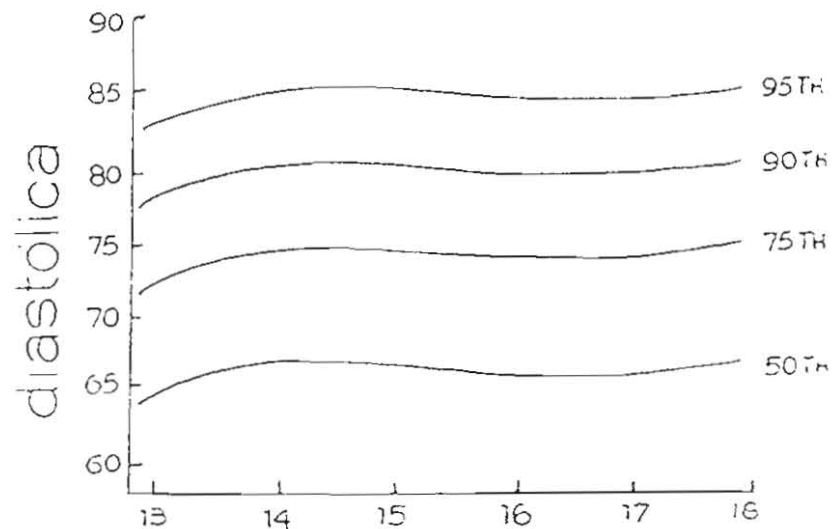
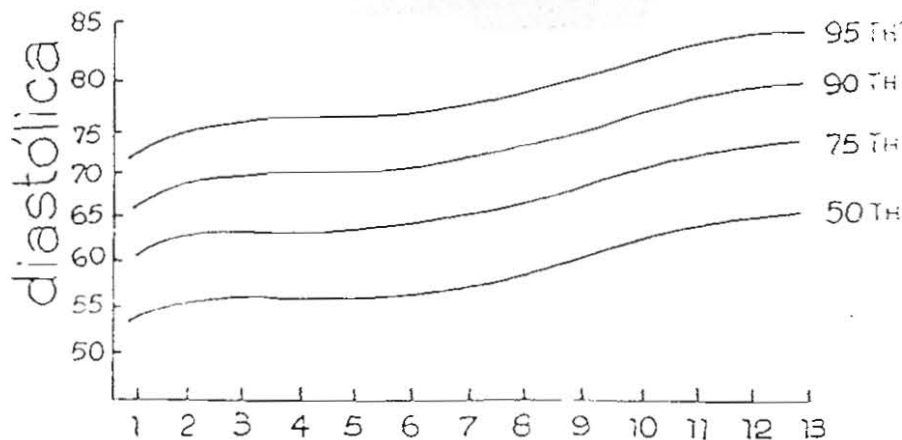
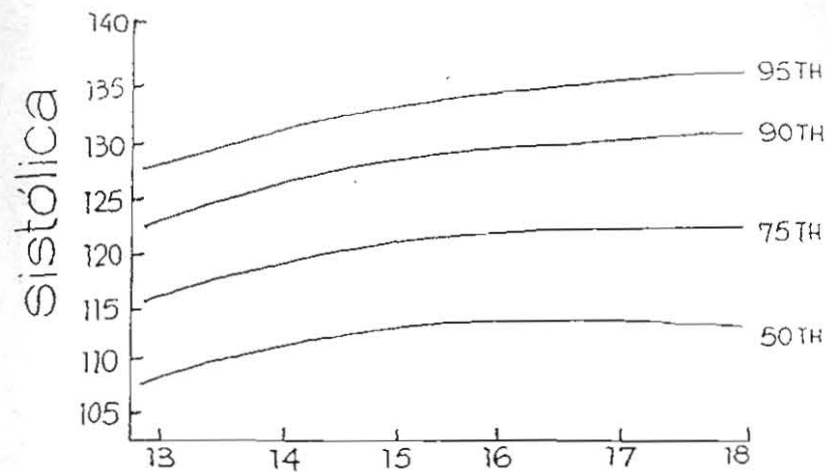
PERCENTILOS DE TENSION ARTERIAL

1-13 años



13-18 años

NIÑOS



EDUCACION INICIAL

Jardín Maternal

Jardín de Infantes

Nivel Pre-escolar

EXAMEN CLINICO:

Edad:

Peso:

Talla:

Tension Arterial
mmHg mmHg

AP. LOCOMOTOR:

AP. RESPIRATORIO:

AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO:

AP. GENITO-URINARIO:

PIEL:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Firma y sello del Médico:

Fecha:

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Pre-Escolar

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

Otras enfermedades del ojo:

Firma aclarada:

Derivación al especialista

Fecha:

Realizó tratamiento indicado: ☒ sí ☐ no

no

Firma aclarada

fecha:

CICLO: JARDIN DE INFANTES

PRE - ESCOLAR

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

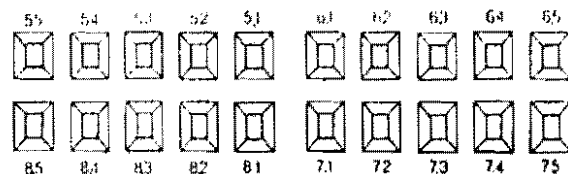
REALIZO TRATAMIENTO: Si ☐ No ☐Fecha Firma Aclarada

OBSERVACIONES :

.....
.....

EXAMENES ODONTOLÓGICOS

Ciclo Educación Inicial



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 síchupete hasta 2 años ☐ + de 2 años ☐Diente vetado sí ☐ no ☐

ANOMALIAS DE TEJIDOS Blandos.....

.....

PREVENCIÓN :

- Usa pastilla reveladora sí ☐ no ☐
- Cepillado dental sí ☐ no ☐
- Cantidad de veces por día 1 ☐ 2 ☐ + de 2 ☐

TERAPIA CON FLUORUROS :

- Ingesta sí ☐ Forma Continua ☐
- no ☐ Discontinua ☐
- Tópicos sí ☐ Continua ☐
- no ☐ Forma Discontinua ☐
- Enjuagatorios sí ☐ Continua ☐
- no ☐ Forma Discontinua ☐
- Selladores de fosas y fisuras sí ☐ no ☐

Consumo golosinas o dulces
(por día) 0 a 4 veces ☐

5 o mas veces ☐

LA ALIMENTACION DEBE SER BALANCEADA

NO USAR CHUPETE CON MIEL

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.....

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 :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico
consultor

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

CICLO PRIMARIO

Tensión Arterial ^{MMR} _{MMR}

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Grado:

Peso:

Talla:

Repitió algún grado?

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: Grado: Peso: Talla:

Repitió algún grado? 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: Grado: Peso: Talla:

Repitió algún grado? 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:

OFTALMOLOGIA

Ciclo Primario

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:

fecha:

Realizó tratamiento indicado: ☒ SI ☐

☒ NO ☐

Firma aclarada

fecha.

O.R.L.: EXAMENES FONOAUDIOLOGICOS

CICLO: Primario

Fecha:

AUDICION

Apto: ☐Derivado: ☐

FONOARTICULACION

Normal: ☐Derivado: ☐

PATOLOGIA DETECTADA

Fecha:

AUDICION

Apto: ☐Derivado: ☐

FONOARTICULACION

Normal: ☐Derivado: ☐

PATOLOGIA DETECTADA

Firma aclarada:

DERIVACION AL ESPECIALISTA

Diagnóstico:

Firma aclarada:

DERIVACION AL ESPECIALISTA

Diagnóstico:

Fecha:

Firma aclarada:

Fecha:

Firma aclarada:

- REALIZO TRATAMIENTO:

SI ☐NO ☐

- Fecha:

Firma aclarada:

- OBSERVACIONES:

.....

.....

EXAMENES ODONTOLOGICOS

Ciclo: Primario

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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.

Respirador bucal

ORALES

Succión del pulgar ú otro dedo

Chupete Hasta 2 años ☐± de 2 años. ☐

Diente vetado

si ☐no ☐

Anomalías de tejidos blandos

Prevención

Uso pastilla reveladora

si ☐ no ☐

Cepillado dental

si ☐ no ☐

Cantidad de veces

1 ☐ 2 ☐ 3 de 2 ☐

Terapia con Fluoruros

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 ☐

Consume 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.

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.

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

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:

Repitió 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:

Repitió algún año:

si ☐ no ☐

cuál:

AP.LOCOMOTOR:

AP.RESPIRATORIO :

AP.CIRCULATORIO :

AP.DIGESTIVO :

AP.GENITO - URINARIO :

MENARCA :

PIEL :

PSIQUISMO :

*Tens art. < max
min*

Fecha:

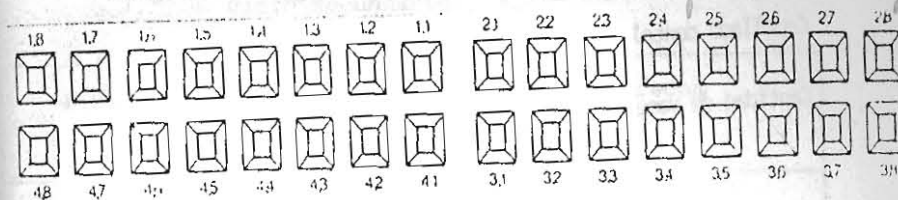
FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

ACTUALIZACIONES

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

EXAMENES ODONTOLÓGICOS

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 dedo

sí ☐

Diente veteado

sí ☐

no ☐

Anomalías de tejidos blandos.....

.....

.....

PREVENCIÓN

Uso pastilla reveladora sí ☐ no ☐

Cepillado dental sí ☐ no ☐

Cantidad de veces 1 ☐ 2 ☐ + de 2 ☐

TERAPIA CON FLUORUROS

Tópicos sí ☐

no ☐

Forma continua ☐

discontinua ☐

Enjuagatorios sí ☐

no ☐

Forma continua ☐

discontinua ☐

Selladores de fosas y fisuras sí ☐ no ☐

Consumo golosinas o dulces
(por día) 0 a 4 veces ☐

5 ó más ☐

El agente causal de la caries es la placa dental.

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

OPTALMOLOGIA

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.

fecha

Realizó tratamiento indicado: sí ☐ no ☐

Firma aclarada

fecha

O:R:L: EXAMENES FONOAUDIOLÓGICOS

CICLO: Secundario

<u>Fecha</u> <u>AUDICION</u> <u>Apto:</u> <u>Derivado:</u> <u>FONOARTICULACION</u> <u>Normal:</u> <u>Derivado:</u> <u>PATOLOGIA DETECTADA</u> <u>Firma aclarada</u> <u>DERIVACION AL ESPECIALISTA</u> <u>LISTA</u> <u>Diagnóstico:</u> <u>Fecha.</u> <u>Firma aclarada:</u>	<u>Fecha:</u> <u>AUDICION</u> <u>Apto:</u> <u>Derivado:</u> <u>FONOARTICULACION</u> <u>Normal:</u> <u>Derivado:</u> <u>PATOLOGIA DETECTADA</u> <u>Firma aclarada</u> <u>DERIVACION AL ESPECIALISTA</u> <u>LISTA</u> <u>Diagnóstico:</u> <u>Fecha.</u> <u>Firma aclarada:</u>
--	---

- 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 TERCIARIO

Indicaciones :

Próximo control :

Firma y sello del médico consultor

EXAMEN CLINICO

Tens. art. \leftarrow MAX
MIN.

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

Exámenes complementarios :

Abreugrafía :

Radiografía panorámica de torax :

Informe :

Exámenes de Laboratorio :

Hemograma :

Eritrosedimentación :

V/D/R/L/ :

Glucemia :

Machado Guerreiro :

Orina completa :

Fecha:

Firma y sello del médico

EXAMEN CLINICO

Escolaridad: Año :

Recurra 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

FECHA	DIAGNOSTICO	INDICACIONES	FIRMA de MEDICO

Otros exámenes complementarios :

OFTALMOLOGIA

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

CICLO: Terciario

Fecha:

AUDICION

Apto: ☐Derivado: ☐

FONOARTICULACION

Normal: ☐Derivado: ☐

PATOLOGIA DETECTADA

Firma aclarada:

DERIVACION AL ESPECIALISTA

SI ☐NO ☐

Diagnóstico

Fecha:

Firma aclarada

APTO PROVISORIO:

Fecha

PLAZO.....

Firma aclarada

APTO DEFINITIVO:

Fecha

PLAZO.....

Firma aclarada:

OBSERVACIONES:

EXAMEN ODONTOLÓGICO :

Ciclo : Terciario

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ☐

Diente vetado

sí ☐no ☐

Anomalías de tejidos blandos.....

.....

PREVENCIÓN :

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

Terapia con fluoruros

Tópicos sí ☐ no ☐ Forma continua ☐ discontinua ☐
 Enjuagatorio sí ☐ no ☐ Forma continua ☐ 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.

ACTUALIZACIÓN DE EXÁMENES BUCO-DENTALES

PATOLOGÍAS :

Fecha.....

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

Fecha.....

PATOLOGÍAS :

Caries	Gingivitis	Oclusión	Hábitos	Firma y Sello

C.....

P.....

O.....

S.....

PLAZO TRATAMIENTO DE CARIES : 60 DIAS (RENOVABLE)

Observaciones y derivaciones :.....

.....

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 CARIES : 60 DIAS (RENOVABLE)

Observaciones y derivaciones :.....

.....

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 :

Indicaciones

Próximo control :

Firma y sello del médico
consultor

PATOLOGIAS REGIONALES

PARASITOSIS

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

BOCIO ENDEMIICO

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

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

Firma y sello

.....

.....

.....

.....

Fecha

Firma y sello

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