



**FICHA MÉDICA PARA EL INGRESO ESCOLAR
EDUCACIÓN INICIAL (5 AÑOS) Y PRIMER GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

Institución Educativa: _____

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ DNI N° _____

Domicilio: _____

Antecedentes personales del niño/a (cirugías, enfermedades crónicas, otras, etc.) _____

Antecedentes Familiares: _____

Presenta algún tipo de alergias: SI NO ¿Cuáles? _____

Vacunas: Carnet completo Carnet incompleto

Exámen Físico: _____

Peso: _____ Talla: _____

Estado Nutricional: Adecuado Bajo peso Sobre peso

Exámen Cardiovascular: _____

Tensión Arterial: ____ / ____

Exámen Aparato Respiratorio: _____

Exámen Abdominal: _____

Exámen Osteoarticular: Normal Patológico

Maniobra de Adams positiva Alteraciones de la marcha Otros _____

Exámen Oftalmológico: Normal Patológico _____

Necesita Anteojos

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma y sello del profesional oftalmólogo: _____

Exámen Fonoaudiológico:

Barido Tonal o Audiometría: Normal Patológico _____

Lenguaje, habla y/o comunicación: Normal Patológico _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma y sello del profesional fonoaudiólogo: _____

Exámen Odontológico: Apto Odontológico Necesita tratamiento Odontológico

En caso de necesitar tratamiento odontológico puede ser realizado de manera gratuita en el CAPS, en varias sesiones hasta lograr una boca sana.

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma y sello del profesional odontólogo: _____

Indicaciones: _____

Observaciones Comentarios: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma y sello del Médico: _____

Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha de salud, será notificada a la Institución para su actualización en el legajo del alumno.

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma del responsable parental: _____