INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

**Planilla de Control de Salud – Ciclo Escolar 20….**

**DATOS PERSONALES**: deben completarse todos los datos solicitados con letra clara y legible.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido:…………………………………………………****Nombres: ………………………………………………****Domicilio: ………………………………………………****Localidad:………………………………………………****Teléfono fijo: ……………………………………………****Celular padre/madre/tutor:……………………………****……………………………………………………………..** | **Edad:…….años - Fecha de Nac…...../…...../……… Grado:……. Sección. “…..” Turno:…………………****Obra Social: ……………………………………………****Nro. De Afiliado:……………………………………….****Centro de salud más cercano de en caso de urgencia: ………….……………………………………****…………………………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos agudos.

…………………………………………………………………………………1. Padece algunas de las siguientes enfermedades: Diabetes…………………………………………………………………..

Convulsiones…………………………………………………………….Desmayos reiterados………………………………………………..Cardiopatías congénitas……………………………………………Hernias……………………………………………………………………..Fiebre reumática………………………………………………………1. Ha padecido en fecha reciente:

Hepatitis (60 días)…………………………………………………….Parotiditis (30 días)…………………………………………………..Varicela (30 días)………………………………………………………Sarampión (30 días)………………………………………………….Mononucleosis infecciosa (30 días)………………………….Esguinces o luxaciones……………………………………………..Fracturas óseas (60 días)…………………………………………..Miocarditis (30 días)……………………………………………….…1. ¿Padece algún tipo de alergia? …………………………………

(Ejemplo: al polen, medicamentos, alimentos picadura de insectos, otras).......................................………………………………………………………………………………….1. ¿Medicación de uso específico por algún tipo de enfermedad? Píldoras, inhaladores, etc.

......................................................................................………………………………………………………………………………….1. ¿Usa anteojos recetados? …………………………………………

………………………………………………………………………………….1. ¿Recibe algún tratamiento ortopédico?.......................

………………………………………………………………………………….1. ¿Padece algún problema en la piel? Acné, prurito, verrugas, micosis, eczemas, otros)

…………………………………………..........................................………………………………………………………………………………….. | 9. ¿Ha tenido algún tipo de cirugías?..................................................................................................................1. En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos…………………………………………………………………

Mareos…………………………………………………………………….Dolor torácico………………………………………………………….Mayor cansancio que sus compañeros…………………….Palpitaciones o extrasístoles……………………………………1. ¿Ha padecido alguna vez?

Hipertensión arterial……………………………………………….Colesterol elevado…………………………………………………..Soplos cardíacos………………………………………………………¿Ha tenido parientes menores de 50 años fallecidos por cardiopatías o muerte súbita?..............................¿Fue rechazado alguna vez para el deporte por problemas cardíacos?..................................................1. ¿Tiene tos, sibilancias o trastornos para respirar, durante o después del ejercicio?.................................

.....................................................................................¿Asma?……………………………………………………………………¿Alergias que requieran tratamiento específico?.....………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..1. ¿Presenta algún órgano único? (¿Riñón, testículo, ovario, etc.)……………………………………………………………..

.....................................................................................Detalle respuestas afirmativas………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***Declaro por la presente que según mi conocimiento, las respuestas dadas son completas y correctas.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………………* | *………………………………* | *……..de……………. de 20….* |
| *Firma del Padre/Madre/Tutor* | *Aclaración y Tipo /Nro. De Doc.* | *Fecha* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido**:…………………..……………………………..**Nombres**: …………………….…………………………. | **Edad**: …..años - **Fecha de Nac**……..../........../……...**Grado**……..…**Sección**:…”….”…**Turno:**…………….. |

Peso: kg…………...….....Talla: cm….…..………...Pliegues: tr………….…….…..Pant:…........……………Sesc……………..……..

% Graso:…………….…….………………..Estado Nutricional……………………………………………………………………….…………….

|  |
| --- |
| **EXAMEN MÉDICO GENERAL** |
| NORMAL | HALLAZGOS |
| OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA | Ortodoncia fija….….Agudeza visual: der: /10 - Izq. /10Corregido: SI - NO / Pupilas: Simétricas - Asimétricas |
| GANGLIOS LINFÁTICOS |  |
| APARATO CARDIO VASCULARECG……………………………………………………QTc…………………………………….................FC………………………………………………………T.A……………………………………………………..Pulsos…………………………………................ | Soplo Funcional………………………………………………………………………BIRD EV ESV HBIA TS BS………………………………………………………………………………………………. Taquicardia BradicardiaNormal Normal Alta Alta Baja………………………………………………………………………………………………. |
| APARATO RESPIRATORIO |  |
| ABDOMEN |  |
| PIEL |  |
| SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO (MOVILIDAD ARTICULAR/DESAXACIONES ESQUELÉTICAS) |
| Cuello |  |
| Espalda | Escoliosis | Cifosis | Otros |  |
| Hombro/Brazo | Asimetrías |
| Codo/Antebrazo | Asimetrías |
| Muñeca/Mano | Asimetrías |
| Cadera/muslo | Asimetrías |
| Rodilla | Asimetrías | Valgo | Varo |  |
| Pierna/Tobillo |  |
| Pie | Plano | Valgo Aducto | Cavo | Retropié prono |

**Señalar según corresponda:**

\*APTO

\*NO APTO TRANSITORIO HASTA COMPLETAR ESTUDIOS /REHABILITACIÓN (Debe adjuntar alta)

\*APTO LIMITADO

\*NO APTO

***Fecha, Firma y Aclaración del Médico***………………………………………………………………….