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. /10  Corregido: SI - NO / Pupilas: Simétricas - Asimétricas | | | |
| GANGLIOS LINFÁTICOS |  | | | |
| APARATO CARDIO VASCULAR  ECG……………………………………………………  QTc…………………………………….................  FC………………………………………………………  T.A……………………………………………………..  Pulsos…………………………………................ | Soplo Funcional………………………………………………………………………  BIRD EV ESV HBIA TS BS  ………………………………………………………………………………………………. Taquicardia Bradicardia  Normal 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***………………………………………………………………….