

CONTROL INTEGRAL DE SALUD

Señores Padres: a continuación les solicitamos que completen la autorización y la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación completa a su niño/a o adolescente. Los datos brindados serán tratados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.

PARA SER COMPLETADO POR LA FAMILIA (Padre/madre o tutor)

AUTORIZACIÓN

Autorizo al equipo de salud a realizarle a mi hijo/a

un examen clínico y odontológico, y a aplicarle las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuese necesario.

Nombre y apellido del padre/madre o tutor:

Tipo de documento del padre/madre o tutor: N° de documento: Firma:

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre y apellido del niño/a o adolescente:

Domicilio: Calle N° Piso Dpto. Manzana Casa N° Pieza

Provincia: Departamento: Localidad:

Teléfono fijo: Celular:

Tipo de documento: N° de documento: Sexo: F M

Fecha de nacimiento: / / Edad (en años):

Cobertura de salud

- Obra Social (incluye PAMI)
 Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)
 Plan privado o Prepaga No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal

Nivel educativo del niño/a o adolescente

- Inicial Sala:
 Primario Grado:
 Secundario Año:

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

¿Nació prematuro? Sí No No sabe **Peso de nacimiento (kg.):** , **Sí No No sabe**

¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?

¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?

¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?

¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?

¿Le han diagnosticado diabetes?

¿Presenta o ha presentado presión arterial alta?

¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?

¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?

¿Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?

¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?

¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?

Causa

¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.?

¿Cuál?

¿Hay algo de la salud de su hijo/a que le preocupa?

¿Qué le preocupa?

¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carné de vacunas?

Hace menos de 1 año Hace más de 1 año No recuerda

¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente?

¿Cuál?

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? Sí No No sabe **¿Cuál/es?**

¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Sí No No sabe

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA (Directores y/o docentes)

Nombre de la escuela:

Ambito de la escuela Rural Urbana **Sector de gestión** Estatal Privado Social/cooperativa **Modalidad educativa** Común Especial

¿Es una escuela Intercultural bilingüe? Sí No

¿Es una escuela rural con plurigrado? Sí No

¿Hay algo del niño/a o adolescente que le preocupa? Sí No **¿Qué le preocupa?**

¿El niño/a o adolescente presenta alguna dificultad en el lenguaje, habla y/o comunicación? Sí No **¿Se encuentra bajo tratamiento?** Sí No No sabe

PARA SER COMPLETADO POR EL EQUIPO DE SALUD

Nombre y apellido del profesional:

Matrícula N°: Firma y sello:

Esquema de vacunación: ¿Trajo carné? Sí No → ¿Tiene carné completo? No Sí → ¿Se vacunó en la escuela? Sí No

Realización de examen clínico: Sí → Lugar de realización del examen: En la escuela En el Centro de Salud

No → Motivo: No fue autorizado por la familia Estuvo ausente el día del examen Otros

CONSTANCIA DEL CONTROL INTEGRAL DE SALUD

El equipo de salud deberá entregar esta constancia a la familia para ser presentada en la Escuela.

Para ser completado por el equipo de salud (cont.)

Evaluación antropométrica: Se evaluó → No se evaluó

Peso (kg): Talla (cm): IMC:

Percentilo talla: Menor a 3 Mayor o igual a 3

Percentilo IMC: Menor a 3 (emaciación)

Entre 3 y 9 (riesgo de bajo peso) Entre 10 y 84 (normal)

Entre 85 y 97 (sobrepeso) Mayor a 97 (obesidad)

Presión arterial: Se evaluó → No se evaluó

Presión arterial sistólica (PAS): Presión arterial diastólica (PAD):

Percentilo PAS: Menor a 90 Mayor o igual a 90

Percentilo PAD: Menor a 90 Mayor o igual a 90

Agudeza visual: Se evaluó → No se evaluó

Usa lentes: Sí No

Evaluación de la agudeza visual (con lentes si los usa)

Ojo derecho: 7/10 4/10 8/10 2/10 5/10 9/10 3/10 6/10 10/10

Ojo izquierdo: 7/10 4/10 8/10 2/10 5/10 9/10 3/10 6/10 10/10

Audiometría o barrido tonal:

¿Se realizó audiometría o barrido tonal?

No Sí → Resultado: Pasa No pasa

HALLAZGOS CLÍNICOS

Piel y faneras Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Nevos con criterio de derivación (Asimetría, bordes, color, diámetro, evolución)

Escabiosis Piodermitis Pediculosis

L.C.M. Otros:

P. blandas Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Adenomegalia localizada

Adenomegalias generalizadas

Otros:

Cardiovascular Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Presión arterial elevada (Mayor o igual al percentilo 90)

Ausencia o alteración del pulso humeral, radial o femoral (uni o bilateral)

Soplo Arritmia Otros:

Respiratorio Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hallazgos auscultatorios

Respiración bucal

Otros:

Abdominal Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hepatomegalia

Masa palpable Esplenomegalia

Hernias Otros:

Genitourinario (niños) Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niños menores de 9 años)

Testículo/s no descendido/s Hernia Fimosis

Asimetría testicular Varicocele Otros:

Genitourinario (niñas) Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niñas menores de 8 años)

Otros:

Osteoarticular Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Maniobra de Adams positiva

Alteraciones de la marcha

Otros:

Neurológico Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Paresias o signos focales

Movimientos anormales

Otros:

Salud visual Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Disminución de la agudeza visual Estrabismo

Posición anormal de la cabeza Alteraciones del ojo externo

Otros:

Salud fono-audiológica Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

"No pasa" Audiometría/barrido tonal

Alteraciones en el lenguaje, habla y/o comunicación

Otros:

PARA SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO Marque c/ AZUL > tratamientos a realizar y c/ ROJO > tratamientos realizados

Nombre y apellido del profesional:

Fecha del examen: / / Firma y sello:

¿Se realizó topicación con fluor durante la consulta? Sí No

Salud bucal Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Caries en piezas temporarias

Caries en piezas permanentes

Caries en el 1° molar permanente

Patología de tejidos blandos

Maloclusión Otros:

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"/>
DERECHA								IZQUIERDA							
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"/>						

DERIVACIONES E INTERCONSULTAS

Centro asistencial al cual se interconsulta o deriva:

Odontología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Urología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Oftalmología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	O.R.L.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Nutrición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Dermatología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Vacunatorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Neurología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Pediatría: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Trabajo Social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Fonoaudiología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Psicología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Cardiología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Psicopedagogía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Traumatología: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Agente Sanitario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:
Cirugía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:	Otros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo:

Dejo constancia que a....., de..... años de edad se le ha realizado un Control Integral de Salud. De no mediar intercurencias clínicas que definan lo contrario, esta constancia tiene validez por un año.

Observaciones:.....

Presenta vacunas completas para su edad

Presenta vacunación en curso

Debe completar vacunas

...../...../.....
Día Mes Año

.....
Firma y sello del médico