

Presenta alguna limitación física? SI NO Cual?

Antecedentes de Alergia:

SI NO A qué?

Recibe algún tratamiento?

Con que síntomas se manifiesta? En piel? Respiratorio? Digestivo? Otros?

Enfermedades Respiratorias que haya presentado alguna vez:

Asma: Bronquiolitis: Neumonías: Otras:

Enfermedades Digestivas:

Diarreas a Repetición:

Celiaquía?

Alergia a proteínas de Leche de Vaca (APLV):

Enfermedades Cardiológicas? SI NO. Cual?

Hipertensión Arterial? SI NO

Sincopes/Desmayos? SI NO

Recibe algún tratamiento?

Enfermedades Neurológicas? SI NO Cual?

Antecedentes personales o familiares de epilepsia o convulsiones febriles o afebriles?

Recibe algún tratamiento? Cual?

Requiere alguna atención o medicación especial en caso de presentar aumento de temperatura?

Recibe o recibió algún tratamiento psicológico?

Tiene alguna dificultad de aprendizaje, del lenguaje o fonoaudiológico?

Enfermedades óseas/articulares? SI NO Cual?

Tratamiento?

Sufre algún problema odontológico? SI NO Cual?

- Presentar certificado de Bucodental a partir de la Sala de 2 Años.

Otras Enfermedades

Diabetes SI NO

Problemas Visuales: SI NO

Otorrinolaringológicas: SI NO

Sufrió algunas de estas enfermedades infectocontagiosas? (Marcar con una X)

Varicela

Rubeola

Sarampión

Paperas

Mononucleosis
Hepatitis
Tuberculosis

Calendario Nacional de vacunación: (como guía para evaluar si a su hijo/a le falta alguna vacuna según la edad)

Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación del alumno.

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Edad	Vacunas		BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugado (3)	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Polió (5)		Rotavirus (7)	Meningococo (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Viral SRP (11)	Varicela (12)	Cuádruple o Quintuple Pentavalente DTP-Hib (13)	Triple Bacteriana Celular DTP (14)	Triple Bacteriana Acelular dTpa (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Bacteriana dT (17)	Doble Viral SR o Triple Viral SRP (18)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO	
	única dosis (A)	dosis neonatal (B)					IPV (5)	OPV (6)													Fiebre Amarilla FA (19)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																				
2 meses					1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis (D)													
3 meses																						
4 meses					2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis (E)													
5 meses																						
6 meses																						
12 meses					refuerzo							única dosis	1ª dosis									
15 meses									refuerzo					única dosis								
15-18 meses								1ª refuerzo							1ª refuerzo							1ª dosis (L)
18 meses																						
24 meses																						
5-6 años (ingreso escolar)								2ª refuerzo								2ª refuerzo						
11 años										única dosis							refuerzo	2 dosis (N)			refuerzo (M)	
A partir de los 15 años																						única dosis (N)
Adultos																		refuerzo cada 10 años				
Embarazadas										una dosis (O)							una dosis (I)					
Puerperio										una dosis (H)												
Personal de salud										una dosis (I)							una dosis (K)					

(1) BCG: Tuberculosis (formas inactivas)
(2) HB: Hepatitis B
(3) Previene la Meningitis, Neumonia y Sepsis por Neumococo.
(4) DTP-HB-Hib: (Pertussis) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hib B, Hemofilia influenza b.
(5) IPV: (Scit) Poliovirus inactivado.
(6) OPV: (Scit) Poliovirus oral.
(7) Rotavirus
(8) Meningococo
(9) Antigripal
(10) HA: Hepatitis A
(11) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.
(12) Varicela
(13) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa,

Hemofilia influenza b.
(14) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(15) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(16) VPH: Virus Papiloma Humano.
(17) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
(18) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola.
(19) FA: (Fiebre Amarilla)
(20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad.
(B) En los primeros 12 horas de vida.
(C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo.
En caso de tener que iniciar: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de los cuatro meses y seis días o tres meses y medio.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de los veinticuatro meses o a los seis meses de vida.
(F) Deberán recibir en la primer vacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(H) Deberán recibir la vacuna antigripal si no la hubieran recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
(I) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral → 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.
(J) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
(K) Personal de salud que excede meses de 12 meses. Renovar cada 5 años.
(L) Residentes en zonas de riesgo.
(M) Residentes en zona de riesgo único refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(N) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(O) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

(I) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
(K) Personal de salud que excede meses de 12 meses. Renovar cada 5 años.
(L) Residentes en zonas de riesgo.
(M) Residentes en zona de riesgo único refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(N) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(O) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

Para más información:
0-800-222-1002 salud.gov.ar



4. En caso de que el niño presente algún problema de salud:

Recurrir a

Institución:

Dirección:

Teléfono:

Avisar al médico

Nombre y Apellido:

Dirección:

Teléfonos:

Avisar a Familiar

Nombre y Apellido:

Dirección:

Teléfono:

Parentesco:

5. Constancia de Salud

(para ser llenado y firmado por el médico de cabecera)

Dejo constancia que.....

DNI:....., de años meses de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y recreativas acorde a su edad, sexo y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:.....

.....

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: