

Señores padres:

En primer lugar desde este consultorio se los saluda y felicita por el esfuerzo realizado por sus hijos y su familia en general que se ha visto reflejado en el ingreso de los mismos a esta casa de estudios.

La tarea del consultorio de salud escolar tiene premisas claras y concretas: salud y educación.

Desde éste espacio se reconoce a la escuela como fuerza motora de la sociedad, transformadora hacia su interior y multiplicadora hacia la comunidad en general considerándola por lo tanto el espacio ideal para fomentar, inculcar y transmitir saberes y hábitos relacionados con la salud .Trabajando junto con la familia se pueden proporcionar mensajes y reforzar prácticas que incluyan en la agenda cotidiana de los educandos el concepto de salud y sus beneficios a nivel individual y de nuestra comunidad.

Así mismo este consultorio colabora en la detección oportuna de posibles trastornos que obstaculicen su adecuado crecimiento, desarrollo y aprendizaje asegurando una educación de mayor provecho para ellos y nuestros futuros ciudadanos.

El objetivo general que es el cuidado de la salud integral de los escolares se consigue con la promoción y la prevención de conductas saludables y la detección oportuna de problemas de salud, no olvidando la influencia del componente social presente en cada uno de ellos.

Por todo lo anterior se solicita la confección de la ficha médica de salud así como la odontológica catastral, indispensable para la matriculación (en los días y horarios establecidos).

- Completar de manera legible el encabezado de ambas fichas con los datos filiatorios solicitados
- Las mismas deben ser completadas por el profesional que habitualmente asiste a sus hijos ya sea de ámbito público o privado,
- Pueden presentar fecha de llenado diciembre 2017, o enero, febrero 2018 .
- El electrocardiograma solicitado no debe tener antigüedad superior a los 3 meses y es necesario presentar informe del mismo ( firmado por especialista) junto con la tira del electrocardiograma
- La fotocopia del carnet de vacunas debe ser de ambos lados y debe mostrar claramente nombre dni del niño así como fechas y sellos legibles
- El resto de los items de la ficha médica de salud puede ser confeccionada por el pediatra o clínico salvo que el mismo considere la necesidad en algún punto de ser valorado por algún otro especialista situación que deberá dejar por escrito.
- Si el alumno ingresante se encuentra bajo tratamiento medicamentoso de carácter crónico, se solicita dejar constancia lo más exacta posible del diagnóstico presente (nombre de la enfermedad o condición), como así también nombre y teléfono de contacto del o los profesionales actuantes, nombre de la droga, dosificación e intervalos de administración de la misma y cualquier otra indicación pertinente a esta patología.
- El recuadro final que otorga ( o no ) el apto físico para la práctica de la materia educación física debe ser llenado con claridad mostrando firma y sellos legibles .
- Frente a la necesidad del profesional actuante de aclarar o complementar algún punto que considere de interés rogamos utilice el reverso de la hoja en blanco no olvidando al terminar colocar firma y sello.
- Una vez iniciado el ciclo escolar es obligación de los padres y/o tutores mantener actualizada las mencionadas fichas mediante informes del profesional actuante que corresponda

Se ruega a los señores padres no omitir ningún dato o antecedente de salud de los ingresantes , sin otro motivo saludo atentamente.

DNI.: .....

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:**

Apellido y nombres: ..... Año de ingreso: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: ..... Año: ..... Sección: ..... Turno: .....

Domicilio: Calle: ..... N°: ..... Teléfono: .....

**ANTECEDENTES:**

Cobertura de salud: SI  NO  Cual: .....

**1. Vacunas.** Presentar fotocopia del carnet de vacunación de ambos lados.

<b>2. Antecedentes patológicos.</b>	Detalle	Fechas aproximadas
2.1 Enfermedades	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
2.2 Cirugías	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
2.3 Traumatismos	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
2.4 Alergias	.....	.....
	.....	.....
2.5 Enfermedades familiares directos	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

<b>3. Medicamentos prescritos</b>	Detalle	Dosis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**4. ¿Desarrolla actividad física?** SI  NO  ¿Cuál y cuántas horas? .....

Durante dicha actividad sufrió de: .....

**EXAMEN FÍSICO:**

**5. Examen Auditivo.** Usa audífonos SI  NO  Otras patologías auditivas .....

**6. Peso:** ..... **Talla:** ..... **B.M.I.** .....

**7. Examen Oftalmológico.** Agudeza visual: Ojo Der. .... Ojo Izq. ....

Usa anteojos: SI  NO  Desde cuándo: ..... Patología existente: .....

**EXAMEN FÍSICO (Continuación):**

**8. Examen de piel y TCS.** .....

.....

**9. Examen de cabeza y cuello.** .....

.....

**10. Examen cardiovascular.** Presentar electrocardiograma informado.

**11. Examen respiratorio.** .....

.....

**12- Examen abdominal.** .....

.....

**13- Examen genito urinario con desarrollo sexual.** .....

.....

**14. Examen Osteomioarticular.** NOR/CIF/LOR/ESCOLIOSIS

Columna vertebral: .....

Miembro superior: .....

Miembro inferior: .....

Enfermedades: .....

**15. Examen Neurológico.** .....

.....

Se indican exámenes complementarios .....

.....

Impresión diagnóstica clínica

Normal: .....

Derivado a: .....

Debe volver: .....

Observaciones: .....

**APTO DESDE EL PUNTO VISTA CLÍNICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS DE LA PROGRAMACIÓN ESCOLAR HABITUAL ACORDE A EDAD Y CONTEXTURA.**

Lugar y fecha: ..... , ..... de ..... de 20.....

.....  
**Profesional (Firma y Sello)**

DNI.: .....

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:**

APELLIDO Y NOMBRES: ..... Año de ingreso: .....  
 Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: ..... Año: ..... Sección: ..... Turno: .....  
 Domicilio: Calle: ..... N°: ..... Teléfono: .....

**HISTORIA CLINICA GENERAL:**

Cobertura de salud: SI  NO

Cual: .....

Si padece enfermedades crónicas especifique cuál y tratamiento: .....

Alergia medicamentosa: .....

**HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA:**

Si recibió tratamiento odontológico previo mencione cuándo y en qué consistió: .....

**Ortodoncia:** SI  NO  Desde cuándo: ..... Fija  Móvil

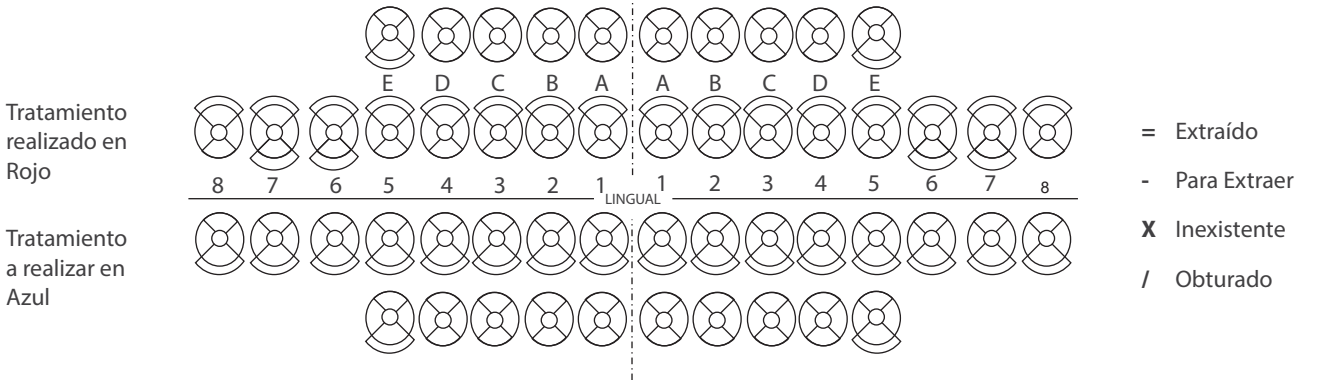
**Tiene dificultades para:** Masticar  Abrir la boca

Al morder siente alto algún diente: .....

**Ha presentado o presenta lesiones como:** Manchas:  Ulceras:  Ampollas:  Otros: .....

**Ubicadas dónde:** Lengua:  Paladar:  Piso de la boca:  Carrillo:

**Higiene bucal:** Bueno  Deficiente:  Malo:



Tratamiento a Realizar: .....

Lugar y Fecha: .....

**Profesional** (Firma y Sello)

Córdoba, Diciembre de 2017

Señores padres:

Nos dirigimos a ustedes para darles la bienvenida y felicitarles por el ingreso de su hijo/a a esta Casa de Estudios.

Desde el Gabinete Psicopedagógico trabajamos sobre dos aristas fundamentales: Salud y Educación. A través de esta interrelación constante, propiciamos la prevención y promoción de la salud bio-psico-social de los alumnos, fortaleciendo procesos de enseñanza-aprendizaje centrados en la formación integral.

En este sentido, les solicitamos den respuesta a esta ficha, ya que iniciará el legajo del alumno/a en este Gabinete. Este material será receptado exclusivamente por profesionales, manteniéndose en absoluto resguardo la información allí brindada. El fin de la misma es lograr un conocimiento de vuestro hijo/a, que nos permita desde nuestro rol profesional, favorecer una mejor adaptación, integración y acompañamiento del niño/a a lo largo de su trayecto educativo. Por tal razón es fundamental que respondan con total veracidad y la mayor amplitud posible. Esta ficha deberá ser presentada en los días y horarios establecidos para la inscripción de los alumnos ingresantes.

Agradeciendo desde ya su participación, les saludamos con atenta consideración.

**Lic. Gabriela Degiorgi**

Directora Gabinete Psicopedagógico

CURSO: ..... SECCIÓN: ..... AÑO DE INGRESO: ..... Puntaje Ingreso: ..... M: ..... C: .....

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:**

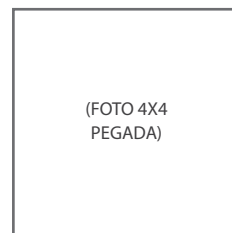
APELLIDO Y NOMBRES: .....

Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... Edad: .....

Domicilio: Calle: ..... N°: .....

Barrio: .....

E-mail del alumno: ..... Celular del alumno: .....



**GRUPO FAMILIAR:**

**PADRE:** Apellido y Nombres: ..... Edad: .....

Cel: ..... E-mail: .....

Nacionalidad: ..... Ocupación: .....

Estudios: Primarios:  Secundarios:  Terciarios/Universitarios:  Completos:  Incompletos:

**MADRE:** Apellido y Nombres: ..... Edad: .....

Cel: ..... E-mail: .....

Nacionalidad: ..... Ocupación: .....

Estudios: Primarios:  Secundarios:  Terciarios/Universitarios:  Completos:  Incompletos:

**HERMANOS/AS:** Nombres: ..... Edad: ..... Estudios/Ocupación: (\*)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

(\*) Por favor especificar si tiene hnos. en el Colegio aclarando curso y división.

**SITUACION FAMILIAR:**

¿Quiénes viven en la casa ? Especifique cual es el vinculo con el alumno .....

¿Con quién está el niño/a la mayor parte del tiempo en su hogar? .....

¿Cómo se relaciona con?

Padre: .....

Madre: .....

**SITUACION FAMILIAR (continuación):**

Hermanos: .....

Otros: .....

¿Están o han estado los padres separados? .....

Edad del alumno/a en el momento de separación de los padres: .....

¿Han constituido los padres una nueva pareja? .....

¿Hay algún miembro del grupo familiar o persona significativa para el alumno que padezca alguno tipo de enfermedad?

.....

¿Hay algún miembro del grupo familiar o persona significativa para el alumno que haya fallecido?

SI  NO  ¿quien? ..... fecha: .....

Causa: .....

**ANTECEDENTES ESCOLARES:**

¿Dónde cursó la escuela primaria?

Colegio: ..... de ..... a ..... grado.

Motivos del cambio: .....

Colegio: ..... de ..... a ..... grado.

Motivos del cambio .....

¿Ha vivido algún cambio de domicilio? ..... Motivo: .....

¿Repetió algún grado? SI  NO  Cuál: ..... Motivo: .....

.....

Describe cómo fue el desempeño de su hijo/a durante el primario (fortalezas, dificultades, etc.) .....

.....

.....

.....

.....

Describe cómo se sintió su hijo/a con sus compañeros y docentes durante todo el primario (vínculos, integración, comunicación, etc.) .....

.....

.....

.....

.....

Describe características generales de su hijo en relación a cómo fue su forma de estudio en el hogar durante el primario .....

.....

.....

.....

.....

Describe qué cambios en la forma de estudiar considera que serán necesarios que su hijo adopte en este colegio .....

.....

.....

.....

.....

¿Le ayuda alguien en sus estudios en casa? SI  NO  ¿Quién? .....



**SITUACION ACTUAL:**

¿Por qué ingresó su hijo/a al Colegio Nacional de Monserrat? .....

Le decisión de ingresar fue: del alumno/a  familiar  ambas

Se preparó para el examen de ingreso: por su cuenta  prof. particular  curso de apoyo del Colegio

¿Durante cuánto tiempo? .....

¿Es la primera vez que rinde el examen de ingreso? SI  NO

¿Algún miembro de la familia es o fue alumno del Colegio? SI  NO

¿Quién o quienes? .....

¿Realiza o realizó otros estudios? (idiomas, artísticos, etc.): SI  NO  Especifique cuáles: .....

¿Qué dedicación en tiempo semanal le demanda en la actualidad? .....

¿Qué le gusta a su hijo/a hacer en su tiempo libre? .....

¿Cuáles son sus juegos o entretenimientos preferidos? .....

¿Prefiere jugar solo/a? SI  NO

¿Tiene amigos? SI  NO  ¿Cómo se relaciona con ellos? .....

¿Pertenece a algún grupo? ( social, deportivo, religioso ) SI ( ) NO ( ) especifique: .....

Especifique lugar y frecuencia semanal: .....

¿Qué actividades desarrolla su hijo/a por internet? ¿En donde las realiza?(teléfono, computadora, etc.) .....

¿Qué redes sociales utiliza? Especifique .....

¿Cuánto tiempo le dedica? .....

¿Qué lugar como padres asumen frente al desarrollo de actividades virtuales de sus hijos? (supervisión, diálogo, formación, control) .....

**ANTECEDENTES PSICO-FÍSICOS:**

¿Tuvo alguna dificultad en el nacimiento? Especifique: .....

¿Qué enfermedades ha padecido o padece el niño/a? .....

¿Recibe tratamiento médico? SI  NO  ¿Cuál? .....

¿Toma alguna medicina? SI  NO  ¿Cuál? .....

**ANTECEDENTES PSICO-FÍSICOS (continuación):**

¿Ha tenido accidentes graves? SI  NO  Indique características del mismo y sus consecuencias: .....

.....

Indique las operaciones que haya tenido y en qué fecha: .....

.....

¿Tiene problemas de visión? SI  NO  ¿usa anteojos? SI  NO

Indique qué tipo de problemas en la visión: .....

¿Tiene problemas de audición? SI  NO  Especifique: .....

¿Tiene dificultades al hablar? SI  NO  Indique de qué tipo (tartamudez, ceceo, voz gangosa, otros)

.....

¿Tiene o ha tenido dificultades en la motricidad? SI  NO

Especifique: .....

¿Presenta hábitos nerviosos? SI  NO

Especifique: .....

¿Presenta dificultades en su alimentación? SI  NO

Especifique: .....

¿Cuántas horas duerme diariamente su hijo/a? .....

¿Cómo duerme? tranquilo  sufre pesadillas  sonambulismo  otros

¿Comparte su habitación con alguien? .....

¿Su hija ha tenido su primera menstruación? SI  NO  ¿A qué edad? .....

¿Presenta o ha presentado enuresis (\*)? SI  NO  hasta qué edad? .....

(\*) *Emisión involuntaria y repetida de orina en edades en las que debería existir un control de esfínteres.*

Ha recibido o recibe tratamiento:

psicológico  psicopedagógico  fonoaudiológico  neurológico  nutricional  otros

Explicite motivos de consulta y/o tratamiento, indicando fecha y duración .....

.....

¿Tiene cobertura médica? SI  NO  ¿Cuál? .....

.....

Describan cómo es su hijo/a .....

.....

.....

.....

¿Qué cambio imaginan que devendrán en su hijo en esta nueva etapa? .....

.....

.....

.....

¿Cómo imaginan la escolaridad de su hijo en este colegio? ¿Qué metas esperan que alcance en esta escuela? ¿Qué desean que su hijo/a logre en este colegio? .....

¿Desean agregar alguna otra información que Uds. consideren necesaria y en la cual no hayan sido consultados?

.....  
.....

Firma y aclaración  
de quienes completaron la ficha