



CERTIFICADO DE SALUD

(validez por 1 año)

FECHA:/...../.....

D.N.I. Nº:

Apellido y Nombre:

.....

Fecha Nacimiento:/...../.....

Edad:

Lugar de nacimiento:

Domicilio: Localidad:

Tel:

1. VACUNACIONES: CARNET COMPLETO SI NO
DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.
Enfermedades Importantes:

.....

Cirugías:

Cardiovasculares:

Trauma c/alt.funcional:

Alergias (especificar):

Oftalmológicos:

Auditivos:

Diabetes, Asma, Chagas, Hipertensión,

Neurológico,Otras:.....

.....

.....

3. CONDICIONES DE RIESGO:

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:
.....

EXÁMEN FÍSICO Peso.....Talla.....IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿Tiene Plan Alimentario Especial? SI NO ¿Cuál?

.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual Der: Izq.....

Usa anteojos SI NO

Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO.....

EXÁMEN PIEL T.C.S.C......

.....

EXAMEN

ODONTOLOGICO.....

.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:

Arritmia:

Soplos.....

Tensión Art:

EXÁMEN

RESPIRATORIO.....

.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

.....

EXÁMEN GENITOURINARIO.....

Menarca SI NO

Turner SI NO

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

.....

SE RECOMIENDA.....

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para el ingreso a Jardín Maternal, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

.....

Firma del padre/madre/tutor

.....

Firma y sello del Médico