

<b>Establecimiento:</b>	<b>Sala/Grupo:</b>	<b>División:</b>
<b>Apellido/s y nombre/s:</b> _____ <b>DNI:</b> _____		
<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ <b>Edad:</b> ____ años <b>Sexo:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>Domicilio:</b> Calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____		
<b>Localidad:</b> _____ <b>Departamento:</b> _____ <b>Provincia:</b> _____ <b>CP:</b> _____		
<b>Teléfono Responsable:</b> (____)15 _____ <b>Correo electrónico de Contacto:</b> _____ @ _____		
<b>#Obra social:</b> _____ <b>#Numero de credencial:</b> _____		

**ANAMNESIS** (Para ser completada por los padres o responsables legales)

**Antecedentes personales** (Marque con una X lo que corresponda)

**#Grupo sanguíneo  
Y factor RH**

Antecedentes de salud ¿tiene alguno de los siguientes antecedentes o condiciones de salud?	Sí	No
Prematurez. Peso al nacer: .....gr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos o enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas o enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento o espasmo del sollozo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones auditivas ¿tiene algún problema para oír?***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones visuales ¿tiene algún problema para ver?**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes insulín dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIAS ¿Cómo se manifiestan? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias respiratorias ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a alimentos ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a medicamentos ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías / fracturas / esguinces ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones recientes ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe alguna medicación? ¿Cuál/es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunas completas para la edad. Especificar vacunas especiales: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DESARROLLO MADURATIVO:**

¿Corre y coordina bien los movimientos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Sabe saltar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Sabe expresar lo que necesita o siente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿De qué modo?
¿Se comunica con los otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿De qué modo?
¿Juega? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Participa en juegos cooperativos con otros niños? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Dibuja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Pinta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Controla los esfínteres durante el día y la noche? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Desde qué edad controla esfínteres? ____ años y ____ meses
¿Prefiere una mano para usar objetos de la vida cotidiana? (Ejemplo para dibujar o comer): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
¿Puede ponerse o sacarse una campera por sí solo/a o con poca ayuda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Le interesa ayudar a vestirse y desvestirse? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

EXAMEN FÍSICO (Para ser completado por el médico pediatra)

PARÁMETRO	RESULTADO
#Peso:	_____ Kg Percentil:
#Talla:	_____ cm Percentil:
#IMC (Índice de Masa Corporal)	_____
#Tensión arterial (se toma a partir de los 3 años)	_____/____ mmHg
Examen bucodental*	Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/>
Examen cardiovascular	Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/>
Examen respiratorio	Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/>
Examen abdominal	Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/>
Examen músculo-esquelético	Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/>
Condición específica:	Describir:

EVALUACION MÉDICA:

Dejo constancia que: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ha sido evaluado/a clínicamente y se encuentra:

☐ APTO SIN ADECUACIÓN

☐ APTO CON ADECUACIÓN:

(Detallar ajustes necesarios) \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico  
Aclaración  
Matrícula profesional

Fecha: ____/____/____	_____ Firma del padre, la madre o el responsable legal
Lugar: _____	Aclaración _____ DNI: ____-____-____

\*Se recomienda control odontológico cada 6 meses \*\* Se recomienda control oftalmológico anual #Carga en SGE – Ciclo lectivo 2025

\*\*\* Se recomienda evaluación si tiene algún problema para oír.