

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| Establecimiento:                                     | Sala/Grupo:  | División:                       |
| Apellido/s y nombre/s: _____                         | DNI: _____   |                                 |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ años | Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Nº _____ Piso _____ Dpto. _____ |
| Domicilio: Calle: _____                              | Departamento: _____  | Provincia: _____ CP: _____      |
| Localidad: _____                                     | Correo electrónico de Contacto: _____ @ _____                              |                                 |
| Teléfono Responsable: (____)15_____                  | #Obra social: _____  | #Número de credencial: _____    |

**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 insulinodependiente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ALERGIAS ¿Cómo se manifiestan? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias respiratorias<br>¿Cuál/es? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias a alimentos<br>¿Cuál/es? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias a medicamentos<br>¿Cuál/es? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugías / fracturas / esguinces<br>¿Cuál/es? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infecciones recientes<br>¿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?<br>(Ejemplo para dibujar o comer): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?<br>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 _____<br><br>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.