

EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD

A continuación les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación completa. Los datos brindados serán tratados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.

Tomo conocimiento que el equipo de salud realizará a (nombre y apellido del niño/a o adolescente) un examen clínico y odontológico, y aplicará las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuese necesario.

Nombre y apellido del padre/madre o adulto responsable:

Tipo de documento del padre/madre o adulto responsable: N° de documento: Firma:

A partir de los 16 años cumplidos no es necesaria la firma de un adulto responsable.



PARA SER COMPLETADO POR LA FAMILIA

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre y apellido del niño/a o adolescente:

Domicilio: Calle N° Piso Dpto. Manzana Casa N° Pieza

Provincia: Departamento: Localidad:

Teléfono fijo: Celular:

Tipo de documento: N° de documento: Sexo: F M

Fecha de nacimiento: / / Localidad de nacimiento: Edad (en años):

Cobertura de salud

- Obra Social (incluye PAMI)
 Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)
 Plan privado o Prepaga No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal

Nivel educativo del niño/a o adolescente

- Inicial Sala:
 Primario Grado:
 Secundario Año:

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

¿Nació prematuro? Sí No No sabe Peso de nacimiento (kg.): Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia? Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición? Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma? Sí No No sabe

¿Le han diagnosticado diabetes? Sí No No sabe

¿Presenta o ha presentado presión arterial alta? Sí No No sabe

¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón? Sí No No sabe

¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación? Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición? Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído? Sí No No sabe

¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? Sí No No sabe

Causa

¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.? Sí No No sabe

¿Cuál?

¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? Sí No No sabe

¿Qué le preocupa?

¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunas?

Hace menos de 1 año Hace más de 1 año No recuerda

¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? Sí No No sabe

¿Cuál?

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? Sí No No sabe ¿Cuál/es?

¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Sí No No sabe

¿Algún familiar tiene o tuvo chagas? Sí No No sabe

La familia estuvo viviendo en la localidad actual en los últimos 5 años. Sí No No sabe



PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA (Directivos y/o docentes)

Nombre de la escuela:

Ambito de la escuela

- Rural
 Urbana

Sector de gestión

- Estatal Privado
 Social/cooperativa

Modalidad educativa

- Común
 Especial

¿Es una escuela Intercultural bilingüe? Sí No

¿Es una escuela rural con plurigrado? Sí No

¿Hay algo del niño/a o adolescente que le preocupa? Sí No ¿Qué le preocupa?

¿El niño/a o adolescente presenta alguna dificultad en el lenguaje, habla y/o comunicación? Sí No ¿Se encuentra bajo tratamiento? Sí No No sabe



PARA SER COMPLETADO POR EL EQUIPO DE SALUD

Nombre y apellido del profesional:

Matrícula N°: Firma y sello:

Realización de examen clínico: Sí → Lugar de realización del examen: En la escuela En el Centro de Salud

No → Motivo: Negativa familiar Ausente el día del examen

Negativa del niño/a o adolescente Otros

VACUNACIÓN

Esquema de vacunación: ¿Trajo carné? Sí No

¿Tiene carné completo? Sí

No → ¿Se aplicaron Sí → Cuales:

vacunas faltantes? No → ¿Se indicaron Sí → Cuales:

vacunas faltantes? No

Control Integral de Salud (cont.)

Para ser completado por el equipo de salud (cont.)

Evaluación antropométrica: Se evaluó → No se evaluó

Peso (kg): Talla (cm): IMC:

Percentilo (PC) talla: Menor a 3 Mayor o igual a 3

Percentilo (PC) IMC: Menor a 3 (emaciación)

Entre 3 y 9 (riesgo de bajo peso) Entre 10 y 84 (normal)

Entre 85 y 97 (sobrepeso) Mayor a 97 (obesidad)

Presión arterial: Se evaluó → No se evaluó

Menor de 16 años Mayor o igual a 16 años

Presión arterial sistólica (PAS): Presión arterial diastólica (PAD):

PAS: PC Menor a 90 PC Mayor o igual a 90 PAD: PC Menor a 90 PC Mayor o igual a 90

PAS: Menor a 130 mmHg Mayor o igual a 130 mmHg PAD: Menor a 85 mmHg Mayor o igual a 85 mmHg

Agudeza visual: Se evaluó → No se evaluó

Usa lentes: Sí No

Evaluación de la agudeza visual (con lentes si los usa)

Ojo derecho 7/10 4/10 8/10 2/10 5/10 9/10 3/10 6/10 10/10

Ojo izquierdo 7/10 4/10 8/10 2/10 5/10 9/10 3/10 6/10 10/10

Audiometría o barrido tonal:

¿Se realizó audiometría o barrido tonal?

No Sí → Resultado: Pasa No pasa

HALLAZGOS CLÍNICOS

Piel y faneras Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Nevos con criterio de derivación (Asimetría, bordes, color, diámetro, evolución)

Escabiosis Piodermatitis Pediculosis

L.C.M. Otros:

P. blandas Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Adenomegalia localizada

Adenomegalias generalizadas

Otros:

Cardiovascular Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Presión arterial elevada

Ausencia o alteración del pulso humeral, radial o femoral (uni o bilateral)

Soplo Arritmia Otros:

Respiratorio Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hallazgos auscultatorios Saturación >93 <93

Respiración bucal Frec. Res:

Otros:

Abdominal Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hepatomegalia

Masa palpable Esplenomegalia

Hernias Otros:

Genitourinario (niños) Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niños menores de 9 años) TANNER (acorde a edad) Si No

Testículo/s no descendido/s Hernia Fimosis

Asimetría testicular Varicocele Otros:

Genitourinario (niñas) Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niñas menores de 8 años)

Otros:

TANNER (acorde a edad) Si No

Osteoarticular Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Maniobra de Adams positiva Escoliosis Si No

Alteraciones de la marcha Pie plano Si No

Otros:

Asimetría miembros Si No

Neurológico Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Paresias o signos focales

Movimientos anormales

Otros:

Salud visual Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Disminución de la agudeza visual Estrabismo

Posición anormal de la cabeza Alteraciones del ojo externo

Otros:

Salud fono-audiológica Con hallazgos relevantes → Sin hallazgos relevantes No se evaluó

"No pasa" Audiometría/barrido tonal

Alteraciones en el lenguaje, habla y/o comunicación

Otros:

Prueba de chuchicheo

OI Pasa No pasa

OD Pasa No pasa

PARA SER COMPLETADO POR EL/LA ODONTÓLOGO/A

Nombre y apellido del profesional:

Fecha del examen: / / Firma y sello:

Salud bucal Con hallazgos → Sin hallazgos No se evaluó

Lesiones sospechosas de tejidos blandos

Maloclusión

Fluorosis

Otros:

Componentes del índice:

CPO/ceo

C c P e O o

Topicación con Fluor: Sí No

Enseñanza de técnica de cepillado: Sí No

Alta básica odontológica: Sí No

DERIVACIONES E INTERCONSULTAS

Centro asistencial al cual se interconsulta o deriva:

Odontología: Sí No Motivo:

Oftalmología: Sí No Motivo:

Nutrición: Sí No Motivo:

Vacunatorio: Sí No Motivo:

Pediatría: Sí No Motivo:

Fonoaudiología: Sí No Motivo:

Cardiología: Sí No Motivo:

Traumatología: Sí No Motivo:

Cirugía: Sí No Motivo:

Urología: Sí No Motivo:

O.R.L.: Sí No Motivo:

Dermatología: Sí No Motivo:

Neurología: Sí No Motivo:

Trabajo Social: Sí No Motivo:

Psicología: Sí No Motivo:

Psicopedagogía: Sí No Motivo:

Agente Sanitario: Sí No Motivo:

Otros: Sí No Motivo:

Dejo constancia que a....., DNI:....., de..... años de edad se le ha realizado un Control Integral de Salud. De no mediar interconsultas clínicas que definan lo contrario, esta constancia tiene validez por un año.

Observaciones:

Presenta vacunas completas para su edad

Presenta vacunación en curso

Debe completar vacunas

...../...../.....

Día Mes Año Firma y sello del médico