

4. Fecha: _____

5. Fecha: _____

6. Fecha: _____

7. Fecha: _____

8. Fecha: _____

9. Fecha: _____

10. Fecha: _____



Colegio Bilingüe María Fernanda

Control de Salud Escolar

Ciclo Escolar
201__ - 201__

Alumno(a): _____

Grado: _____

Sexo: _____ Grupo RH± _____

Peso: _____ Talla: _____

Alérgico a: _____

¿Requiere tomar medicamento en forma regular?

¿Cuál? _____

¿Se han detectado problemas de desarrollo?

¿Cuál? _____

¿Recibe o recibió tratamiento? _____

¿Existen restricciones específicas para ejecutar actividades físicas? _____

¿Por qué? _____

¿Usa lentes? _____ ¿Problemas Ortopédicos?

INMUNIZACIONES

(Fecha de la última aplicación)

Poliomielitis: _____

DPT + Influenza (cuádruple): _____

Sarampión: _____

Paperas: _____

Varicela: _____

Rubéola: _____

BCG (tuberculosis): _____

Tifoidea: _____

Meningitis: _____

Hepatitis: _____

Otras: _____

ENFERMEDADES

QUE PADECE

Amigdalitis de Repetición ()

Catarros Frecuentes ()

Otitis de Repetición ()

Asma ()

Crisis Convulsivas ()

Epilepsia ()

Parasitosis ()

Conjuntivitis ()

Mocosis ()

Poliomielitis ()

Vulvovaginitis ()

Bronquitis ()

Bronconeumonía ()

QUE HA PADECIDO

Cardiopatías ()

Pérdida de Conciencia ()

Sarampión ()

Parotiditis ()

Rubéola ()

Varicela ()

Hepatitis ()

Fiebre reumática ()

Tosferina ()

Difteria ()

Rinitis Alérgica ()

Alergia ()

Otras ()

VISITAS A ENFERMERIA

1. Fecha: _____

2. Fecha: _____

3. Fecha: _____
