

## Planilla de salud

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Paperas	SI - NO
Escarlatina	SI - NO
Varicela	SI - NO
Sarampión	SI - NO
Hepatitis	SI - NO
Rubeola	SI - NO
Tos convulsa	SI - NO

### EXAMEN FISICO

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tórax: \_\_\_\_\_

Sistema respiratorio: \_\_\_\_\_ Pulsos: \_\_\_\_\_

Sistema circulatorio: \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ x min

Sistema Digestivo: \_\_\_\_\_ E.C.G \_\_\_\_\_

Osteoarticular: \_\_\_\_\_ Postura: \_\_\_\_\_

Pie: \_\_\_\_\_ Columna: \_\_\_\_\_

### Examen bucodental

Faltan piezas dentales: SI - NO

Tiene caries: SI - NO

### Examen visual

Usa lentes: SI - NO

Agudeza visual

Derecho	Izquierdo

Al momento de realizar el examen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ se encuentra apto para realizar actividades físicas acorde a su edad.

\_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO**