

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