

Bienvenida familia!

El Área de Salud Escolar impulsa acciones que promueven el Crecimiento y Desarrollo de las/los jóvenes en un ambiente que favorezca un estilo de vida saludable.

Para ello, lleva a cabo un trabajo interdisciplinario basado en acciones de Prevención Primaria con los adolescentes, familias y comunidad educativa. Brinda atención profesional y asesora en temas de salud integral.

En este primer contacto, solicitamos a ustedes el llenado de la siguiente encuesta que servirá para iniciar la Ficha Integrada de Salud del alumno/a. Por eso les pedimos que realicen una atenta lectura de la información solicitada y marquen las opciones con X, o especifiquen en los casos que considere.

En el transcurso de la entrevista con los profesionales del Área, ampliaremos la información necesaria y responderemos sus inquietudes.

Los datos aquí registrados gozan de secreto estadístico y profesional.

Muchas gracias.

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL/LA ALUMNO/A: _____

DOMICILIO/S: _____

BARRIO/S: _____

LOCALIDAD: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO/S: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

GÉNERO: _____

INSTITUCIÓN ESCOLAR DE LA CUAL PROVIENE (especificar el nombre y si es una Institución Pública o Privada) _____

Por favor, concurrir el día y hora del turno asignado por ésta Área, con los resultados de los estudios solicitados que tenga en ese momento. Deberá asistir el alumno ingresante junto con al menos un adulto responsable.

FAMILIA - GRUPO FAMILIAR

NACIONALIDAD DE PROGENITORES: _____

EL/LA ALUMNO/A CONVIVE CON: (Especificar en número)	SI		NO	¿VIVE?	
	TEMPORALMENTE	PERMANENTEMENTE		SI	NO
MADRE					
PADRE					
MADRE AFÍN ("MADRASTRA")					
PADRE AFÍN ("PADRASTRO")					
HERMANOS/AS					
OTROS/AS (ESPECIFICAR):					
1.					
2.					
3.					

NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO DE ADULTO/S RESPONSABLE/S:

(Marcar con una X el nivel más alto alcanzado)

	MADRE	PADRE	TUTOR/ES	MADRE AFÍN	PADRE AFÍN	OTRO/S
SIN ESTUDIOS FORMALES						
PRIMARIO INCOMPLETO						
PRIMARIO COMPLETO						
SECUNDARIO INCOMPLETO						
SECUNDARIO COMPLETO						
TERCIARIO INCOMPLETO						
TERCIARIO COMPLETO						
UNIVERSITARIO INCOMPLETO						
UNIVERSITARIO COMPLETO						

TRABAJO/OCUPACIÓN DE ADULTO/S RESPONSABLE/S:

(Puede marcar o escribir más de un casillero)

	MADRE	PADRE	TUTOR/ES	MADRE AFÍN	PADRE AFÍN	OTRO/S
¿TRABAJA? (SI-NO)						
¿DÓNDE?						
¿TRABAJO FORMAL O INFORMAL?						
PROFESIONAL INDEPENDIENTE						
PROFESIONAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA						
EMPLEADO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA ESTABLE						
EMPLEADO CON CONTRATO A TÉRMINO						
TRABAJADOR AUTÓNOMO						
CHANGAS						
OTROS						

VIVIENDA																													
(Marcar con una cruz la opción que corresponda y puede marcar más de una)																													
PROPIA																													
ALQUILADA																													
CEDIDA																													
CON HIPOTECA																													
COMPARTIDA																													
¿Con quién?																													
EN TERRENO COMPARTIDO																													
EN TERRENO FISCAL																													
OTROS (Especificar)																													
AMBIENTES DE LA VIVIENDA														SI		NO		CANTIDAD (Nº)											
COCINA																													
COMEDOR																													
BAÑO																													
DORMITORIO																													
PATIO																													
GARAGE																													
OTRO/S																													
(Detallar)																													
SERVICIOS																								SI		NO			
ENERGÍA ELÉCTRICA																													
AGUA POTABLE																													
AGUA NO POTABLE																													
GAS NATURAL																													
GAS ENVASADO																													
RED CLOACAL																													
TELEVISIÓN POR CABLE / SATELITAL																													
INTERNET																													
TRANSPORTE PROPIO				SI		NO		CANTIDAD				MARCA				MODELO				AÑO									
AUTOMOTOR																													
CICLOMOTOR																													
ANTECEDENTES FAMILIARES (Progenitores, abuelos, hermanos, tios)																													
(Marcar con una X según corresponda)																													
DIABETES			OBESIDAD			CARDIOVASCULARES			ALERGIAS			INFECCIONES			CÁNCER			PROBLEMAS PSICOLÓGICOS			ALCOHOL DROGAS Y OTROS			VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE		
NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI
JUDICIALES			ESPECIFICAR EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA:																										
NO	NO SÉ	SI																											
OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES (ESPECIFICAR):																													

ANTECEDENTES PERSONALES DEL INGRESANTE

PERINATALES (NORMALES)			CRECIMIENTO (NORMAL)			DESARROLLO (NORMAL)			ALERGIAS			VACUNAS COMPLETAS			ENF. CRÓNICAS			DISCAPACIDAD			ENF. INFECTOCONTAGIOSAS			ACCIDENTES			INTOXICACIONES								
SI	NO SÉ	NO	SI	NO SÉ	NO	SI	NO SÉ	NO	NO	NO SÉ	SI	SI	NO SÉ	NO	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI						
CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN			USO DE MEDICAMENTOS			VIOLENCIA			EDUCACIÓN PREESCOLAR			JUDICIALES			OTROS			ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:																	
NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI	NO	NO SÉ	SI			

	SI	NO SÉ	NO		SI	NO SÉ	NO
VARICELA				MENINGITIS			
PAPERAS				ENCEFALITIS			
TOS CONVULSA				INFECCIONES RESPIRATORIAS			
RUBEOLA				ASMA BRONQUIAL			
HEPATITIS A				ALERGIA RESPIRATORIA			
ESCARLATINA				GRIPE			
MONONUCLEOSIS				HEMORRAGIA NASAL REITERADA			
SARAMPiÓN				SÍNDROME ANÉMICO			
OTRAS INFECCIONES INFECTOCONTAGIOSAS				CEFALEA FRECUENTE			
ARTRITIS REUMATOIDEA				OTROS DOLORES			
ENFERMEDADES CARDÍACAS				ENFERMEDADES RENALES			
CONVULSIONES				CIRUGÍA/S			
EPILEPSIA				FRACTURAS			
TICS				OTROS TRAUMATISMOS			
DIABETES				QUEMADURAS			

ALERGIA A MEDICAMENTOS (Especificar):
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

¿REALIZÓ CONSULTA/TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSICOPEDAGÓGICO EN ALGUNA OPORTUNIDAD? SI NO
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

¿REALIZÓ CONSULTA/TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL ÚLTIMO AÑO? SI NO
 ¿REALIZÓ CONTROL ODONTOLÓGICO PREVENTIVO EN EL ÚLTIMO AÑO? SI NO
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

¿REALIZÓ TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO EN ALGUNA OPORTUNIDAD? SI NO
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

¿USA GAFAS? SI NO
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

¿PADECE DE AFECCIONES AUDITIVAS? SI NO
 ¿USA AUDÍFONO/S? SI NO
 ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:

HÁBITOS												
SUEÑO NORMAL			HORAS X DÍA	ALIMENTACIÓN ADECUADA			Nº DE COMIDAS POR DÍA	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA	TV	PC	JUEGOS Y REDES VIRTUALES	ACTIVIDAD FÍSICA (Escolar y extraesc.)
SI		NO		SI		NO					HORAS POR DÍA	HS X SEMANA:

OBSERVACIONES:

EDUCACIÓN																		
AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA			AÑOS REPETIDOS	VIOLENCIA ESCOLAR			DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN			EDUCACIÓN NO FORMAL (Pc, música, idioma, robótica, etc)	OTRAS ACTIVIDADES (Incluso grupales, religiosas, scouts, etc)						
	NO		SI	Causa:			NO		SI	NO	SI	Causa:	SI	NO	¿Cuál?:	SI	NO	¿Cuál?

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES

1) DESCRIBA CUALQUIER SITUACIÓN YA MENCIONADA O NO QUE A SU JUICIO SEA RELEVANTE AMPLIAR O ESPECIFICAR

2) ¿TIENEN INTERÉS EN ALGUNA TEMÁTICA EN PARTICULAR PARA TRABAJAR JUNTO CON LA ESCUELA A TRAVÉS DE ENCUENTROS / TALLERES / CHARLAS?