

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, tíos)

(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 SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI	NO	NO SE	SI			

JUDICIALES

ESPECIFICAR EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA:

NO	NO SE	SI
----	-------	----

OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES (ESPECIFICAR):

ANTECEDENTES PERSONALES DEL INGRESANTE

PERINATALES (NORMALES)			CRECIMIENTO (NORMAL)			DESARROLLO (NORMAL)			ALERGIAS			VACUNAS COMPLETAS			ENF. CRÓNICAS			DISCAPACIDAD			ENF. INFECCIOCONTAGIOSAS			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						
CIRUGIA 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
VARICELA			
PAPERAS			
TOS CONVULSA			
RUBEOLA			
HEPATITIS A			
ESCARLATINA			
MONONUCLEOSIS			
SARAMPIÓN			
OTRAS INFECCIONES INFECCIOCONTAGIOSAS			
ARTRITIS REUMATOIDEA			
ENFERMEDADES CARDÍACAS			
CONVULSIONES			
EPILEPSIA			
TICS			
DIABETES			

ALERGIA A MEDICAMENTOS (Especificar):	SI	NO SÉ	NO
ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:			

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

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

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

¿USA GAFAS?	SI	NO SÉ	NO
ESPECIFICAR SI LO CONSIDERA:			

¿PADECE DE AFECCIONES AUDITIVAS?	SI	NO SÉ	NO
¿USA AUDÍFONO/S?	SI	NO SÉ	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	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?