

Ficha de Evaluación Sanitaria

			FECHA
--	--	--	-------

Institución:.....

Nombre y Apellido:.....

Fecha de Nacimiento:.....DNI Nº.....H.C. Nº.....

Domicilio:.....

Sala:.....Turno:.....

ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

Incompleta: Si ☐ No ☐En curso: Si ☐ No ☐Completa: Si ☐ No ☐Faltante Libreta Sanitaria Si ☐ No ☐

Último control Médico:

FEI:

Audiometría:

Peso Kg.

Talla:

PC:

Pediculosis:

Necesita Tratamiento: Si ☐ No ☐

ODONTOLOGÍA:

Blanco:.....

Verde:.....

Necesita tratamiento indique cual:.....

.....

.....

EXÁMEN CLÍNICO:

Observaciones:.....

.....

.....

.....