

EXAMEN DE SALUD VACACIONES EN PAZ AÑO

Ier.Apellido: _____ 2º Apellido: _____ Nombre: _____ Fotografía

Edad F.Nto. ___ / ___ / ___ Varón Mujer Nombre de la madre: _____

DAIRA: _____ Barrio: _____ WILAYA: _____

N. Ident. N. escol. N. pasap.

Familia acogedora _____ Comunidad Autónoma _____

Vía Pública _____ Municipio _____ Provincia _____

Antecedentes de interés

EXPLORACIÓN

Peso: _____ Kgs. Talla: _____ cms. F.C _____ p/mn. T.A. ___ / ___ Temp. _____

Aspecto general _____

Adenopatias SI NO _____

Revisión Oftalmológica

Agudeza visual O.I. O.D.

Lesiones oculares _____
(existe un impreso oftalmológico anexo)

Piel y faneras

Boca Mala oclusión SI NO Caries SI NO Fluorosis SI NO
(existe un impreso anexo a rellenar por el estomatólogo)

ORL _____ Otoscopia O.I. _____
O.D. _____

Cuello Bocio SI NO _____

Cardio-respiratorio

Abdomen

Genito - urinario

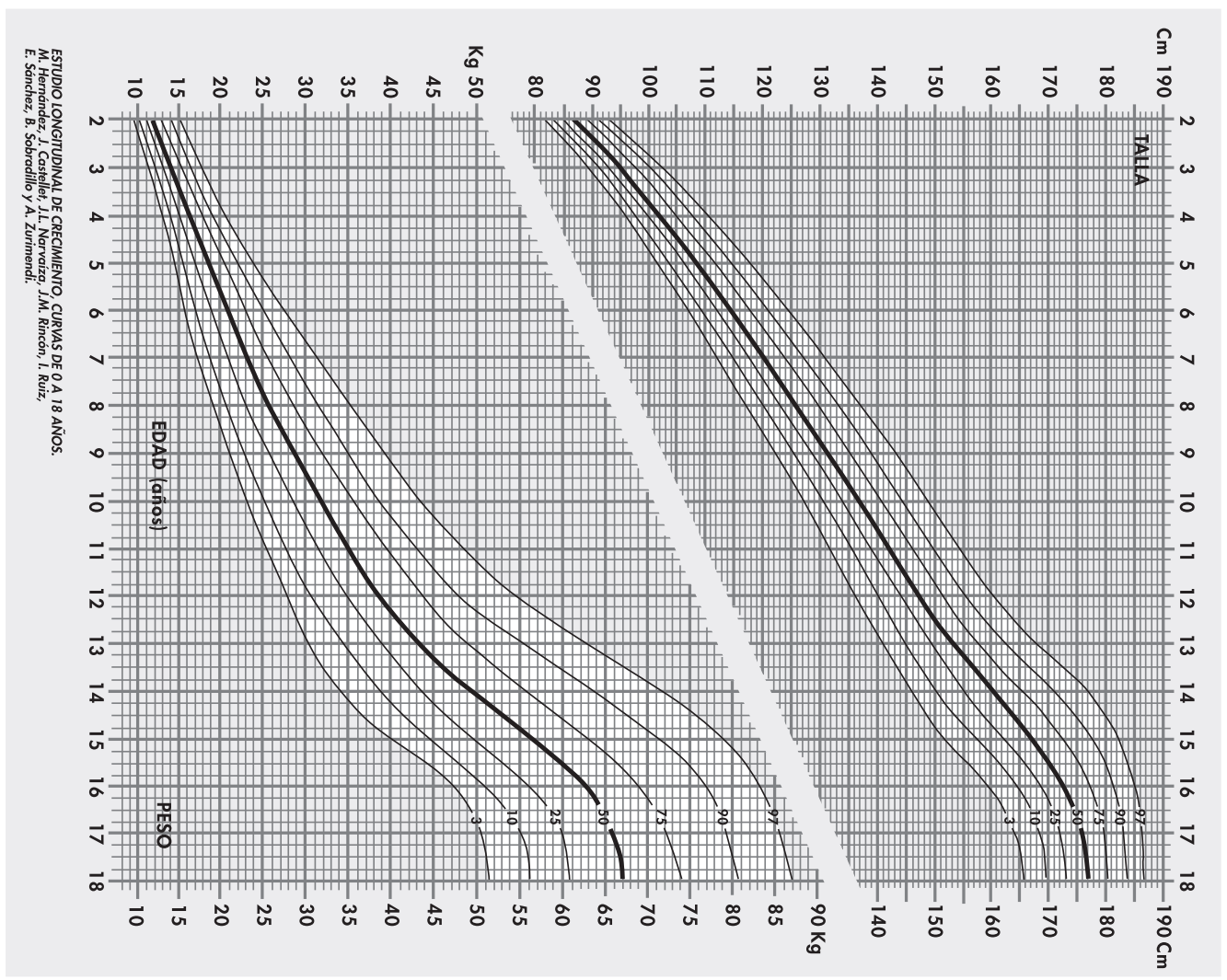
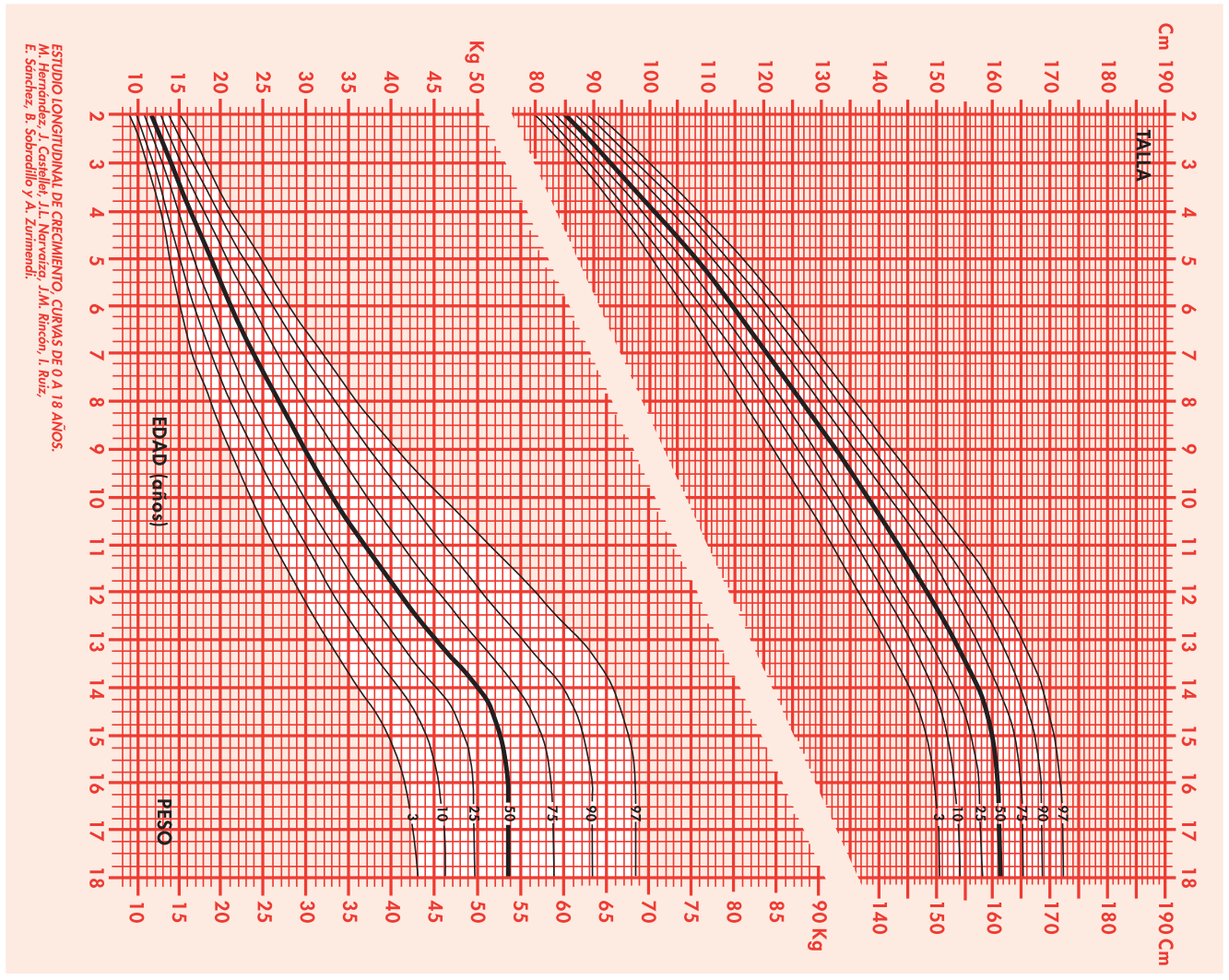
Neurológico

Músculo Esquelético

Niñas: 2 a 18 años

TALLA - PESO

Niños: 2 a 18 años



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Hematología _____

Bioquímica _____

Orina: Labstix _____ Sedimento _____

Microbiología: Urocultivo _____
 Coprocultivo _____
 Parásitos en heces _____

Radiología _____

Otras _____

DERIVACIÓN A ESPECIALISTAS

Estomatología Causa: _____

Oftalmología _____

ORL _____

Cirugía _____

Dermatología _____

Ortopedia _____

Otros (especificar) _____

DIAGNÓSTICOS

OBSERVACIONES

Fecha: _____ Firma y nº de colegiado: _____

ESTE DOCUMENTO DEBE ACOMPAÑAR AL NIÑO/A AL VOLVER A LOS CAMPAMENTOS

Vacunas administradas	Dosis	Fecha	Lote	Observaciones
HB Hepatitis B	1ª			
	2ª			
	3ª			
TV Triple vírica Sarampión Rubéola y Paperas				
Otras				

RESUMEN Y OBSERVACIONES AL FINAL DE LAS VACACIONES
