



## ESTADO GENERAL DE SALUD

### Tipo de sangre

Grupo sanguíneo:  O+  O-  A+  A-  B+  B-  AB+  AB-

### Agudeza auditiva

Oído izquierdo:  TA  TO

Oído derecho:  TA  TO



TA (Transmisión Aérea)  
TO (Transmisión ósea)

#### Usa aparato auxiliar auditivo:

Oído izquierdo:  NO  SÍ

Oído derecho:  NO  SÍ

### Problemas Posturales

¿Se observa en el alumno algún problema postural?  NO  SÍ

¿Utiliza algún aparato ortopédico?  NO  SÍ

### Antecedentes farmacológicos

Alergia a algún medicamento:  NO  SÍ CUÁL:

Alergia o intolerancia a algún alimento:  NO  SÍ CUÁL:

Usa algún medicamento permanente:  NO  SÍ CUÁL:

### Enfermedades crónicas

Problemas Cardiovasculares (Cardiopatías)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Enfermedades crónicas respiratorias (asma)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Hipertensión	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Depresión	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Cáncer	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Lupus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Obesidad	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Artritis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Desnutrición	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
VIH Sida	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Otras enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A la fecha ha contraído Covid-19	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
		A la fecha ha contraído Dengue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

### Reporte de evaluación anual



La migración de datos se realizará de la plataforma de Control Escolar.

## Historial sociofamiliar

### Personas que viven con el alumno:

- Solo Padre     Solo madre     Ambos Padres     Padres / Otras personas     Vive solo

### Personas con quienes pasa la mayor parte del tiempo:

- Solo Padre     Solo madre     Ambos Padres     Padres / Otras personas

### Hermanos con los que cuenta el alumno:

Número de hermanos:  Lugar que ocupa entre los hermanos:

### Actividad a la que le dedica más tiempo durante el día:

- Jugar     Hacer algún deporte     Hacer tarea     Utilizar algún aparato electrónico

### Apoyos específicos permanentes:

- Bastón blanco     Silla de ruedas     Otro/Cuál