

ESTADO GENERAL DE SALUD

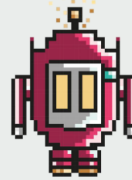
Tipo de sangre

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
- Salir con amigos Salir con la familia Trabajar Hacer tareas domésticas
- Otra/Cuál