|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **EXÁMEN DE INGRESO A LA ESCUELA SECUNDARIA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA |   |   |   |   |   |   |
| **1)** | DATOS DEL POSTULANTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Apellidos y Nombres: ........................................................................................ | D.N.I. Nº ....................... |
|  | Domicilio ................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |  | Masc. | Fem. |  |  |  |
|  | Fecha de Nacimiento |   |   |   | Edad |   |  | Sexo |   |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Convive con el niño |  Madre |   | Padre |   |  | Ambos |   |  Otros |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Número de hermanos |   |  | ¿Hay algún familiar enfermo? | SI |   | NO |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿De qué? ................................................................................................................................................. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Tuvo alguna intervención quirúrgica? |  | SI |   |  |  | NO |   |  |  |  |  |
|  | ¿Cuál? ..................................................................................................................................................... |
| **2)** | EXÁMEN FÍSICO (\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mx |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Frecuencia Card. |   |   |   | x" | Frec. Resp. |   |   |   | x" | Tens. Art. | Min. |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Peso: |   | Kgs |  |  | Talla |   |   | Cm |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | a) | ALTERACIONES DE PIEL (nódulos, manchas, placas) |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | b) | HERNIAS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | c) | AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA ANORMAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | d) | AUSCULTACIÓN CARDÍACA ANORMAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | e) | ESCOLIOSIS / XIFOSIS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | f) | TIROMEGALIA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | g) | EXÁMEN ABDOMINAL ANORMAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | h) | ALTERACIONES NEUROLÓGICAS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | i) | ECTOPÍA TESTICULAR |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | j) | ENURESIS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | k) | MALFORMACIONES CONGENITAS Y/O ADQUIRIDAS |   |   |   |   |   |   |   |
|   | l) | ALTERACIONES AGUDEZA VISUAL (Test Lectura) |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | m) | ALTERACIONES AUDICIÓN (Test Palabras murmuradas) |   |   |   |   |   |   |   |
|   | n) | OTRAS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | (\*) | En caso de detectarse anormalidades, detallarlas en el apartado  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3)** | INMUNIZACIONES : Deberá presentar constancia |  |  |  |  |  |  | SI |  | NO |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene Sabín Oral (Antipoliomielítica)? |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene nódulo por BCG anterior?  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Tiene Doble (Antitetánica - Antidiftérica) |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: ............................................................................................................................................................... |
| .................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI |  | NO |  |  |  |  |  |  |  |
| APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICA |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Firma y Sello del Médico |  |  |
|  |
| DATOS A COMPLETAR POR EL PADRE, MADRE, TUTOR O RESPONSABLE |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Posees Obra Social?........¿Cuál?............................................................................................................................................ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de necesitar Estudios o Internación ¿Dónde debe ser trasladado el estudiante bajo su cargo? |  |  |
| .................................................................................................................................................................................................. |
|  |  |  | (En caso de no indicarse, será trasladado al Hospital "Juan Pablo II") |  |  |  |  |  |
| T.E. de Contacto Fijo: ..................................................Cel: ........................................................................... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lugar y fecha Corrientes .........de ..................................2.0 ....... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma y Aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable ........................................................................... |

