



PERÚ

Ministerio de Salud



### FORMATO EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD PLAN DE SALUD ESCOLAR

REGIÓN	<input type="text"/>	PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SELLO Y FIRMA
RED	<input type="text"/>	MICRORED	<input type="text"/>	
DISTRITO	<input type="text"/>	CODIGO MODULAR	<input type="text"/>	

#### DATOS DEL ESCOLAR

NOMBRE Y APELLIDOS	<input type="text"/>			DNI	<input type="text"/>
CODIGO DE MATRICULA	<input type="text"/>	SEXO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Asegurado	<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)
IIEE	<input type="text"/>			ESSALUD	<input type="text"/>
SECCIÓN	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	GRADO	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EDAD (AÑOS Y MESES)	<input type="text"/>
DIRECCIÓN (AV, CALLE, JIRÓN, PSJE, ETC)	<input type="text"/>		URB, AAHH, PJ, SECTOR	<input type="text"/>	
REFERENCIA DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO	<input type="text"/>				

#### EVALUACION NUTRICIONAL

FECHA DE EVALUACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FECHA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL INDIVIDUAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SELLO Y FIRMA
PESO (KG)	<input type="text"/>	TALLA (CM)	<input type="text"/>	PESO/TALLA	<input type="text"/>	TALLA/EDAD	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	PESO/EDAD	<input type="text"/>	IMC/EDAD	<input type="text"/>	ESCOLAR CON HABILIDADES DIFERENTES (SÍNDROME DE DOWN)
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

#### DOSAJE DE HEMOGLOBINA

FECHA DE EVALUACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VALOR	<input type="text"/>	ANEMIA LEVE	<input type="text"/>	ANEMIA MODERADA	<input type="text"/>	ANEMIA SEVERA	<input type="text"/>	SELLO Y FIRMA
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	-------------	----------------------	-----------------	----------------------	---------------	----------------------	---------------



## INMUNIZACIONES

FECHA DE TAMIZAJE

--	--	--

	INICIAL	PRIMARIA			SECUNDARIA			
		1°	2°	3°	1°	2°	3°	
DPT (REFUERZO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SELLO Y FIRMA
INFLUENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DOSIS	DOSIS			DOSIS			

## SALUD OCULAR

FECHA DE EVALUACIÓN

--	--	--

AGUDEZA VISUAL

	OD	OI	BINOCULAR	
SIN LENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SELLO Y FIRMA
CON LENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NECESITA EVALUACIÓN  
POR ESPECIALISTA

SI  NO

SE ENTREGA LENTES  
CORRECTORES

SI  NO

## SALUD BUCAL

FECHA DE EVALUACIÓN

TOPICACIÓN CON FLUOR  
ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE CEPILLADO CON ENTREGA DE PASTA Y CEPILLO  
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA  
PRESENTA CARIES

1° (Intervención)

--	--	--

SI  NO

SI  NO

SI  NO

SI  NO

2° (Intervención)

--	--	--

SI  NO

SI  NO

SI  NO

SI  NO

SELLO Y FIRMA

## SALUD MENTAL

FECHA DE TAMIZAJE

FECHA DE CONSEJERÍA

PROBLEMAS EMOCIONALES  
PROBLEMAS DE CONDUCTA  
PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y/O IMPERACTIVIDAD  
PROBLEMAS EN LA SOCIALIZACIÓN  
PROBLEMAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES

	FECHA DE TAMIZAJE		FECHA DE CONSEJERÍA		SIN RIESGO		CON RIESGO	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELLO Y FIRMA

Se considera escolar con riesgo, si tiene como mínimo un problema de salud mental en el resultado de Tamizaje del padre o la madre

## RESULTADOS PARA EL PADRE/MADRE O APODERADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	<input type="text"/>	SECCIÓN	<input type="text"/>	GRADO	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS	<input type="text"/>						
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	<input type="text"/>						
EVALUACIÓN HEMOGLOBINA	<input type="text"/>						
SALUD OCULAR	<input type="text"/>						
SALUD BUCAL	<input type="text"/>						
INMUNIZACIONES	<input type="text"/>						
SALUD MENTAL	<input type="text"/>						

## CITA

NECESITA LLEVAR A SU HIJO/HIJA AL CENTRO DE SALUD  FECHA  HORA

EES

NO NECESITA LLEVAR A SU HIJO/HIJA AL CENTRO DE SALUD

NOTA: SR. PADRE DE FAMILIA SIRVA SE PRESENTAR ESTA HOJA DE RESULTADOS AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN DE SU HIJO/A

