

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

1r COGNOM
1^{er} APELLIDO

2n COGNOM
2^o APELLIDO

NOM
NOMBRE

DATA DE NAIXEMENT
FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MES

ANY

DOMICILI
DOMICILIO

MUNICIPI
MUNICIPIO

CP PROVÍNCIA
PROVINCIA

ÀREA DE SALUT
ÁREA DE SALUD

DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

NOM
NOMBRE

, LLICENCIAT/DA EN MEDICINA I CIRURGIA,
, LICENCIADO/A EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

COL·LEGIAT/DA A
COLEGIADO/A EN

AMB EL NÚM.
CON EL N°

DATA / FECHA

DIA MES ANY
DÍA MES AÑO

FIRMA

PES Kg TALLA cm EDAT anys SEXE I/MAS
PESO TALLA EDAD años SEXO 2/FEM

VACUNACIÓ PER A LA SEUA EDAT SEGONS EL CALENDARI DE VACUNACIONS VIGENT
VACUNACIÓN PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO VACUNAL VIGENTE

CORRECTA
CORRECTA

INCORRECTA
INCORRECTA

DESCONEGUDA
DESCONOCIDA

EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD

	NORMAL	ALTERACIÓ CONEGUDA ALTERACIÓN CONOCIDA	ALTERACIÓ DETECTADA ALTERACIÓN DETECTADA
DESENVOLUPAMET PSICOMOTOR DESARROLLO PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL CARDIOCIRCULATORI APARATO CARDIOCIRCULATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL RESPIRATORI APARATO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL LOCOMOTOR APARATO LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISIÓ VISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUDICIÓ AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLORACIÓ BUCODENTAL EXPLORACIÓN BUCODENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTOLERÀNCIA O ALLÈRGIA A MEDICAMENTS INTOLERANCIA O ALERGIA A MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRES PROBLEMES DE SALUT OTROS PROBLEMAS DE SALUD	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

1r COGNOM
1er APELLIDO

2n COGNOM
2º APELLIDO

NOM
NOMBRE

DATA DE NAIXEMENT
FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MES

ANY

DOMICILI
DOMICILIO

MUNICIPI
MUNICIPIO

CP PROVÍNCIA
PROVINCIA

ÀREA DE SALUT
ÁREA DE SALUD

DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

NOM
NOMBRE

, LLICENCIAT/DA EN MEDICINA I CIRURGIA,
, LICENCIADO/A EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

COL·LEGIAT/DA A
COLEGIADO/A EN

AMB EL NÚM.
CON EL N°

DATA / FECHA

DIA MES ANY
DÍA MES AÑO

FIRMA

PES Kg TALLA cm EDAT anys SEXE 1/MAS
PESO TALLA EDAD años SEXO 2/FEM

VACUNACIÓ PER A LA SEUA EDAT SEGONS EL CALENDARI DE VACUNACIONS VIGENT
VACUNACIÓN PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO VACUNAL VIGENTE

CORRECTA
CORRECTA

INCORRECTA
INCORRECTA

DESCONEGUDA
DESCONOCIDA

EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD

	NORMAL	ALTERACIÓ CONEGUDA ALTERACIÓN CONOCIDA	ALTERACIÓ DETECTADA ALTERACIÓN DETECTADA
DESENVOLUPAMET PSICOMOTOR DESARROLLO PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL CARDIOCIRCULATORI APARATO CARDIOCIRCULATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL RESPIRATORI APARATO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL LOCOMOTOR APARATO LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISIÓ VISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUDICIÓ AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLORACIÓ BUCODENTAL EXPLORACIÓN BUCODENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTOLERÀNCIA O ALLÈRGIA A MEDICAMENTS INTOLERANCIA O ALERGIA A MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRES PROBLEMES DE SALUT OTROS PROBLEMAS DE SALUD	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

1r COGNOM
1^{er} APELLIDO

2n COGNOM
2^o APELLIDO

NOM
NOMBRE

DATA DE NAIXEMENT DIA MES ANY
FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO

DOMICILI
DOMICILIO

MUNICIPI
MUNICIPIO

CP PROVÍNCIA ÀREA DE SALUT
PROVINCIA ÁREA DE SALUD

DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

NOM
NOMBRE

, LLICENCIAT/DA EN MEDICINA I CIRURGIA,
, LICENCIADO/A EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

COL·LEGIAT/DA A COLEGIADO/A EN AMB EL NÚM. CON EL N°

DATA / FECHA

DIA MES ANY
DÍA MES AÑO

FIRMA

PES PESO Kg TALLA TALLA cm EDAT EDAD anys años SEXE SEXO 1/MAS 2/FEM

VACUNACIÓ PER A LA SEUA EDAT SEGONS EL CALENDARI DE VACUNACIONS VIGENT
VACUNACIÓN PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO VACUNAL VIGENTE

CORRECTA CORRECTA INCORRECTA INCORRECTA DESCONEGUDA DESCONOCIDA

EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD

	NORMAL	ALTERACIÓ CONEGUDA ALTERACIÓN CONOCIDA	ALTERACIÓ DETECTADA ALTERACIÓN DETECTADA
DESENVOLUPAMET PSICOMOTOR DESARROLLO PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL CARDIOCIRCULATORI APARATO CARDIOCIRCULATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL RESPIRATORI APARATO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL LOCOMOTOR APARATO LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISIÓ VISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUDICIÓ AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLORACIÓ BUCODENTAL EXPLORACIÓN BUCODENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTOLERÀNCIA O ALLÈRGIA A MEDICAMENTS INTOLERANCIA O ALERGIA A MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRES PROBLEMES DE SALUT OTROS PROBLEMAS DE SALUD	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

1r COGNOM
1^{er} APELLIDO

2n COGNOM
2^o APELLIDO

NOM
NOMBRE

DATA DE NAIXEMENT DIA MES ANY
FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO

DOMICILI
DOMICILIO

MUNICIPI
MUNICIPIO

CP PROVÍNCIA ÀREA DE SALUT
PROVINCIA ÁREA DE SALUD

DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

NOM
NOMBRE

, LLICENCIAT/DA EN MEDICINA I CIRURGIA,
, LICENCIADO/A EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

COL·LEGIAT/DA A AMB EL NÚM.
COLEGIADO/A EN CON EL N°

DATA / FECHA

DIA MES ANY
DÍA MES AÑO

FIRMA

PES PESO , Kg TALLA TALLA cm EDAT EDAD anys años SEXE SEXO 1/MAS 2/FEM

VACUNACIÓ PER A LA SEUA EDAT SEGONS EL CALENDARI DE VACUNACIONS VIGENT
VACUNACIÓN PARA SU EDAD SEGÚN CALENDARIO VACUNAL VIGENTE

CORRECTA CORRECTA INCORRECTA INCORRECTA DESCONEGUDA DESCONOCIDA

EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD

	NORMAL	ALTERACIÓ CONEGUDA ALTERACIÓN CONOCIDA	ALTERACIÓ DETECTADA ALTERACIÓN DETECTADA
DESENVOLUPAMET PSICOMOTOR DESARROLLO PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL CARDIOCIRCULATORI APARATO CARDIOCIRCULATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL RESPIRATORI APARATO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELL LOCOMOTOR APARATO LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISIÓ VISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUDICIÓ AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLORACIÓ BUCODENTAL EXPLORACIÓN BUCODENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTOLERÀNCIA O ALLÈRGIA A MEDICAMENTS INTOLERANCIA O ALERGIA A MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRES PROBLEMES DE SALUT OTROS PROBLEMAS DE SALUD	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

