



MISIONES

DECRETO 2167/2012

PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE MISIONES

Boletín de Salud Escolar. Complementa ley XVII-63.

Del: 28/12/2012; Boletín Oficial 29/01/2013

VISTO: La [Ley XVII Nro. 63](#) -Antes Ley 4446- que crea el Boletín de Salud Escolar, y;

CONSIDERANDO:

QUE, la referida Ley tiene por objeto la prevención de enfermedades y el cuidado educativo-familiar de la salud de los niños y niñas que cursen la Escuela Primaria y Secundaria en los establecimientos de gestión pública y privada a través de exámenes médicos y odontológicos anuales;

QUE, a tal efecto se dispone la creación de un Boletín de Salud Escolar cuya guarda estará a cargo del establecimiento educativo, como documento obligatorio del legajo del alumno-, y el cual debe consignar: control clínico pediátrico y/o adulto; control clínica pediátrica y/o adulta; control odontológico; inmunización; antropometría; antecedentes de enfermedades infecciosas;

QUE, a las autoridades de aplicación les compete articular y programar las acciones para la efectiva diagramación, impresión y seguimiento de lo dispuesto por la Ley citada;

QUE, en este sentido, el Consejo General de Educación y el Ministerio de Salud Pública han celebrado un convenio de cooperación cuyo contenido del Boletín de Salud Escolar contemplando todos los aspectos que permitan conocer el genuino estado de salud de la población escolar;

QUE, que compete al Consejo General de Educación y al Servicio Provincial de Enseñanza Privada la impresión y diagramación del Boletín en sus respectivos ámbitos, y elaborar de una base de datos que recepte la información recabada a través del Boletín;

QUE, por su parte, corresponde al Ministerio de Salud Pública generar a través de los profesionales de todo el territorio Asistenciales de la Provincia la efectivización de los estudios médicos indispensables para la conformación del Boletín de Salud Escolar;

QUE, por todo lo expuesto se procede al dictado del presente acto administrativo;

POR ELLO:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE MISIONES

DECRETA :

Artículo 1°.- IMPLÉMENTASE en la Provincia de Misiones el BOLETÍN DE SALUD ESCOLAR, cuyo modelo se encuentra en el Anexo I que forma parte del presente instrumento legal, como documento obligatorio de los legajos de los alumnos de la escuela primaria y secundaria en los establecimientos educativos.-

Art. 2°.- EL Consejo General de Educación y el Servicio Provincial de Enseñanza Privada deberán imprimir y diagramar en sus respectivos ámbitos de competencia los Boletines de Salud Escolar en original y duplicado. El original será responsabilidad del alumno (madre, padre o tutor) o al alumno (si este último fuese mayor de edad) y el duplicado quedará a cargo del establecimiento educativo.-

Art. 3°.- EL Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología deberá promover la firma de un convenio de cooperación entre el Consejo General de Educación y el Servicio Provincial de Enseñanza Privada para que los datos recolectados en los establecimientos educativos públicos y privados sean registrados en el Sistema Informativo del Consejo General de Educación (SACI). El sistema de datos debe estar disponible para todos los organismos públicos que requieran conocer el estado de salud de la población para la elaboración de programas y proyectos.-

Art. 4°.- LOS exámenes médicos y odontológicos deberán realizarse con la siguiente periodicidad: al ingreso al nivel primario (5 años), en el tercer grado y al concluir el nivel primario (séptimo grado); al ingreso de la secundaria y al finalizar el nivel secundario (tercer año).-

Art. 5°.- EL Ministerio de Salud Pública fiscalizará que los profesionales de la salud matriculados que se desempeñan en los establecimientos de salud bajo su dependencia acrediten en el Boletín de Salud Escolar los datos relativos a los controles.

odontológicos y el plan de vacunación obligatorio.-

Art. 6°.- FACÚLTASE al Ministerio de Salud Pública, al Consejo General de Educación y al Ministerio de Cultura, Ciencia y Tecnología a dictar las normas pertinentes para hacer efectiva la operatividad del Boletín Escolar.-

Art. 7°.- LAS erogaciones que demande el cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto serán imputadas a las partidas específicas del Presupuesto vigente de la Jurisdicción 06 - Ministerio de Salud Pública- y de la Jurisdicción 09 - Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología.-

Art. 8°.- REFRENDARÁN el presente Decreto el Señor Ministro Secretario de Salud Pública, el Señor Ministro Secretario de Educación, Ciencia y Tecnología y el Señor Ministro-Secretario de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos.-

Art. 9°.- REGÍSTRESE, comuníquese, dese a la Dirección de Boletín Oficial para su publicación; notifíquese al conocimiento: Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología; Consejo Nacional de Educación; Servicio Provincial de Enseñanza Privada; Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos.-

ARCHÍVESE.-

CLOSS - Hassan - Herrera Ahuad - Jacobo

ANEXO

ANEXO I
BOLETÍN DE SALUD ESCOLAR

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL ALUMNO (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:		Nombre:	
D.N.I.:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Domicilio:		Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	
Departamento:		Localidad:	
Nivel: INICIAL ☐		EGB1 ☐ EGB2 ☐ EGB3 ☐ POLIMODAL ☐	
Establecimiento Escolar:		Dirección:	

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido:		Nombre:		D.N.I. N°:	
Domicilio:		Localidad:		Teléfono: N°	
Departamento:		Trabaja: SI ☐ NO ☐			
Cobertura Social: OBRA SOCIAL ☐		PLAN PRIVADO ☐		NINGUNA ☐	

ANTROPOMETRIA DEL ALUMNO

PESO: gr.	TALLA: cm.	Tensión
	Arterial: (mmHg)	

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PAATOLOGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C			
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFÉRICO			
S.N.P			

Antecedentes patológicos: SI ☐ NO ☐ Cuál?:
Recibe Alguna Medicación: SI ☐ NO ☐ Cuál?:
Usa Anteojos: SI ☐ NO ☐
Usa ORTESIS: SI ☐ NO ☐ PROTESIS: SI ☐ NO ☐ SILLA DE RUEDA ☐ NO ☐
ALERGIA: SI ☐ NO ☐ Cuál?:

Posee alguna discapacidad FISICA SI ☐ NO ☐ PSIQUICA SI ☐ NO ☐

Posee Certificado Único de Discapacidad SI ☐ NO ☐

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditiva				
Visual				

¿Concorre a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐

¿Concurrió a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐

CALENDARIO DE VACUNACIÓN (Marcar con una X lo que corresponda)

EDAD	BCG (1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádruple bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble Bacteriana (dTa) (8)
Recién nacido	1ª dosis*	1ª dosis*					
2 meses		2ª dosis*	1ª dosis*	1ª dosis*			
4 meses			2ª dosis*	2ª dosis*			
6 meses		3ª dosis*	3ª dosis*	3ª dosis*			
12 meses						1ª dosis*	
18 meses			4ª dosis*	4ª dosis*			
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis*	
11 años		Iniciar o completar esquema (3ª dosis)*				Refuerzo	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							

APTO PARA EDUCACION FISICA: SI / NO

Causa:

Profesional del Sistema de Salud:

Apellido y Nombre.....

Matrícula:.....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Prestación:...../...../.....

.....

Firma y sello del profesional

.....

Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad

FICHA DENTAL ESCOLAR N°

Escuela: Grado:

Nombre y Apellido Alumno: Edad:

Normo	Oligo	Meso
☐	☐	☐

HABITOS

Chupete	Mamadera	Otros
☐	☐	☐

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
Derecho								Izquierdo							
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Observaciones:

Referencia: {
 Color ROJO: Prestaciones Existentes
 Color AZUL: Prestaciones Requerida
 Color VERDE: 1° Molar Permanente

D	Tratamiento	Fecha	D	Tratamiento	Fecha

Odontólogo Preceptor(es)

