

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../.....

D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares

Trauma c/alt.funcional:

Alérgicos (especif)

Oftalmológicos

Auditivos.....

Diabetes Asma

Chagas Hipertensión

Neurológico

Otras

3. CONDICIONES DE RIESGO

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precordalgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....
Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
Der:.....Izq.....

	SI	NO
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....

EXÁMEN PIELY T.C.S.C......

EXAMEN ODONTOLÓGICO.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....
Arritmia:.....
Soplos.....
Tensión Art

EXÁMEN RESPIRATORIO.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

EXÁMEN GENITOURINARIO.....

Menarca.....
Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Miembros Sup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembros Inf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

SE RECOMIENDA.....

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

ESTA DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/ Tutor

.....
Firma y sello del Médico