

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	☐	☐
Completo	☐	☐

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

.....

Cirugías:

Cardiovasculares

Trauma c/alt.funcional:

Alérgicos (especif)

Oftalmológicos

Auditivos.....

Diabetes ☐

Chagas ☐

Neurológico ☐

Otras

Asma ☐

Hipertensión ☐

3. CONDICIONES DE RIESGO

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo.....	☐	☐
Falta de aire	☐	☐
Pérdida de conocimiento	☐	☐
Palpitaciones	☐	☐
Precordalgias	☐	☐
Cefaleas.....	☐	☐
Vómitos	☐	☐
Otros.	☐	☐

.....

EXÁMEN FÍSICO

Peso..... Talla..... IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der:..... Izq.....

SI NO

Usa anteojos ☐ ☐

Otros ☐ ☐

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO.....

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....

EXAMEN ODONTOLOGICO.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art

EXÁMEN RESPIRATORIO.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

EXÁMEN GENITOURINARIO.....

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna ☐ Nor. ☐ Cif. ☐ Lord. ☐ Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

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