

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.

**GRUPO
SANGUÍNEO**

FECHA:...../...../..... D.N.I. N°:.....
Apellido y Nombre:.....
Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....
Domicilio:Calle.....N°..... Barrio:.....
Localidad:.....Tel de los padres:.....

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:
Alergias (especificar):.....
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:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor
Escolar? SI NO
¿Cuál?
.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
Der:..... Izq.....
Usa anteojos SI NO
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..... No
Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.
Miembros Sup.
Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar
informes)**

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 /a

.....
Firma y sello del Médico