

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:...../...../2023

D.N.I. Nº:.....

Apellido y Nombre: .....  
Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Sexo: ..... Lugar de nacimiento: .....  
Domicilio - Calle:.....Nº.....Barrio:.....  
Localidad: .....Tel. de los padres:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

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

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.....

	SI	No
Menarca.....		
Turner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

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

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS 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 ESTUDIANTE. NOTIFICADO

.....  
Firma del padre / madre/ Tutor /a

.....  
Firma y sello del Médico  
Colocar el sello fuera de manera legible