

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA 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 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:		

EXÁMEN FÍSICO

Peso: Talla: IMC:
Diagnóstico Antropométrico:

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar?
SI NO
Cuál?:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
Der: Izq:
SI NO
Usa anteojos
Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO:

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C:

EXAMEN ODONTOLÓGICO:

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:

Arritmia:

Soplos:

Tensión Art.:

EXAMEN RESPIRATORIO:

EXAMEN ABDOMEN:

EXAMEN GENITOURINARIO:

SI NO
Menarca:
Turner:

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO:

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXAMEN 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 DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN LEGAL DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO:

.....
Firma del responsable legal Firma y sello del Médico