

**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. Nº:.....

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: .....

Alergias (especificar):.....

Oftalmológicos:.....

Auditivos:.....

Diabetes   
Chagas   
Neurológico

Asma   
Hipertensión

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.....

SI NO

Usa anteojos

Otros:.....

**EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO**.....

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C.**.....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**.....

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art: .....

**EXÁMEN RESPIRATORIO**.....

**EXÁMEN ABDOMEN**.....

**EXÁMEN GENITOURINARIO**.....

Menarca..... Sí No

Turner.....

.....

**EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO**.....

**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 ALUMNO.

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

.....  
Firma y sello del Médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)**

**Lugar y Fecha** .....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag. Antropométrico.....

**ANTECEDENTES:** .....

**EXAMEN FISICO:** .....

**ESTADO DE SALUD:** Normal  Derivado a: ..... Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones: .....

Notificado .....

**ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)**

**Lugar y Fecha** .....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag.

Antropométrico:.....

**ANTECEDENTES:** .....

**EXAMEN FISICO:** .....

**ESTADO DE SALUD** Normal  Derivado: ..... Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones: .....

**ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)**

**Lugar y Fecha** .....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag. Antropométrico.....

**ANTECEDENTES:** .....

**EXAMEN FISICO:** .....

**ESTADO DE SALUD** Normal  Derivado: ..... Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones: .....

**ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)**

**Lugar y Fecha** .....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag. Antropométrico.....

**ANTECEDENTES:** .....

**EXAMEN FISICO:** .....

**ESTADO DE SALUD** Normal  Derivado:..... Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones: .....

**ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)**

**Lugar y Fecha** .....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag. Antropométrico.....

**ANTECEDENTES:** .....

**EXAMEN FISICO:** .....

**ESTADO DE SALUD** Normal  Derivado: ..... Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones: .....