

**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 





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 ☐

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****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