

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:

Asma ☐Hipertensión ☐**3. CONDICIONES DE RIESGO:****4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:****5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:**

	SI	NO
Cansancio extremo.....	☐	☐
Falta de aire.....	☐	☐
Pérdida de conocimiento.....	☐	☐
Palpitaciones.....	☐	☐
Precordalgias.....	☐	☐
Cefaleas.....	☐	☐
Vómitos.....	☐	☐
Otros.	☐	☐

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



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: