

**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. N°:.....  
 Apellido y Nombre:.....  
 Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....  
 Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES**

	SI	NO
Carnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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   
 ¿Cuál?  
 .....

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual  
 Der:..... Izq.....

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.....    
 Turner.....

**EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO**.....

**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: .....