

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:

Alérgicos (especif)

Oftalmológicos

Auditivos.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes Asma

Chagas Hipertensión

Neurológico

Otras

3. CONDICIONES DE RIESGO

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

Cansancio extremo.....

SI	NO
<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.

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.

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

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.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

SE RECOMIENDA.....

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/Tutor

.....
Firma y sello del Médico