

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		
Completo		

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.		

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.....

	SI	No
Menarca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Columna				
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

Firma del padre/tutor

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: Debe volver:

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

Firma del padre/tutor

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: Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

Firma del padre/tutor

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:..... Debe volver:

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

Firma del padre/tutor

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: Debe volver:

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

Firma del padre/tutor

Firma y sello del médico