

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	<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:

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 SI NO

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..... Sí No

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

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.

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/madre/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 a: Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

.....
Firma del padre/madre/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 a: Debe volver:.....

Observaciones / Recomendaciones:

Notificado

.....
Firma del padre/madre/tutor

.....
Firma y sello del médico