

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:

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.

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <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.....

SI NO

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.....

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| SI | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Turner.....

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

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.

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