



CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.)

AÑO ESCOLAR

COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL
VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

CURSO.....
DIV.....
Nº.....

FECHA:...../...../..... D.N.I. Nº:.....
Apellidos y Nombres: (según DNI).....
Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....
Domicilio: calle..... Nº..... Barrio:.....
Localidad:..... Cel. de la madre..... Cel. del padre.....

ANTECEDENTES:

GRUPO/FACTOR SANGUÍNEO:.....

1. VACUNACIONES

	SÍ	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:

	SÍ	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"/>

Hago constar que el alumno/a

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 DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN LEGAL EN LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

EXAMEN FÍSICO

Peso..... Talla..... IMC.....
Diagnóstico Antropométrico:.....

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual.....
Der:..... Izq:.....
Usa anteojos Sí NO
Otros:.....

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....

EXAMEN PIELY T.C.S.C.....

EXAMEN ODONTOLÓGICO.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....
Arritmia:.....
Soplos.....
Tensión Art:.....

EXAMEN RESPIRATORIO.....

EXAMEN ABDOMEN.....

EXAMEN GENITOURINARIO.....

Menarca..... Sí No
Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Columna..... Nor. Cif. Lord. Esc.
Miembros Sup.
Miembros Inf

EXAMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

SE RECOMIENDA.....

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/ Tutor /a
Aclaración de firma:.....
DNI:.....
Relación de parentesco:.....

.....
Firma del Médico
SELLO MÉDICO CON MATRÍCULA LEGIBLE

