

**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