

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.)

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

FECHA:/...../.....

D.N.I. Nº

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Edad:.....

Sexo:.....

Lugar de Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

Tel:.....

<p>ANTECEDENTES:</p> <p>1. VACUNACIONES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carnet</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Completo</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:</p> <p>2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS.</p> <p>Enfermedades Importantes:</p> <p>Cirugías:</p> <p>Cardiovasculares:</p> <p>Trauma c/alt. Funcional:</p> <p>Alérgicos (especif):</p> <p>Oftalmológicos:</p> <p>Auditivos:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;">Diabetes</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">Asma</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>Chagas</td> <td></td> <td>Hipertensión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neurológico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Otras:</p> <p>3. CONDICIONES DE RIESGO:</p> <p>4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:</p> <p>5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cansancio extremo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Falta de aire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdida de conocimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palpitaciones</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Precordalgias</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cefaleas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vómitos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Otros:</p>		SI	NO	Carnet			Completo			Diabetes		Asma		Chagas		Hipertensión		Neurológico					SI	NO	Cansancio extremo			Falta de aire			Pérdida de conocimiento			Palpitaciones			Precordalgias			Cefaleas			Vómitos			<p>EXAMEN FÍSICO Peso..... Talla..... IMC..... Diagnóstico Antropométrico:</p> <p>EXAMEN OFTALMOLÓGICO Agudeza Visual: Der:.....Izq.....</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Usa anteojos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....</p> <p>EXAMEN PIEL Y T.C.S.C......</p> <p>EXAMEN ODONTOLÓGICO.....</p> <p>EXAMEN CARDIOVASCULAR Auscultación:..... Arritmia:..... Soplos:..... Tensión Art:.....</p> <p>EXAMEN RESPIRATORIO.....</p> <p>EXAMEN ABDOMEN.....</p> <p>EXAMEN GENITOURINARIO..... Menarca..... Turner.....</p> <p>EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....</p> <p>EXAMEN OSTEOARTICULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Columna</th> <th style="width: 10%;">Nor.</th> <th style="width: 10%;">Cif.</th> <th style="width: 10%;">Lord.</th> <th style="width: 10%;">Esc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Miembros Sup..... Miembros Inf.....</p> <p>EXAMEN NEUROLÓGICO.....</p> <p>SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes).....</p> <p>SE RECOMIENDA</p>		SI	NO	Usa anteojos			Otros			Columna	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.					
	SI	NO																																																															
Carnet																																																																	
Completo																																																																	
Diabetes		Asma																																																															
Chagas		Hipertensión																																																															
Neurológico																																																																	
	SI	NO																																																															
Cansancio extremo																																																																	
Falta de aire																																																																	
Pérdida de conocimiento																																																																	
Palpitaciones																																																																	
Precordalgias																																																																	
Cefaleas																																																																	
Vómitos																																																																	
	SI	NO																																																															
Usa anteojos																																																																	
Otros																																																																	
Columna	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.																																																													

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

NOTIFICADO

 Firma del padre/ madre/ tutor

 Firma y sello del Médico