



CERTIFICADO UNICO 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: ____/____/____ Nombre del Establecimiento: _____ D.N.I. Nº: _____

Apellido y Nombre/s: _____

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 LA ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio Extremo	☐	☐
Falta de aire	☐	☐
Pérdida de conocimiento	☐	☐
Palpitaciones	☐	☐
Precordalgias	☐	☐
Cefaleas	☐	☐
Vómitos	☐	☐

Otros: _____

6. GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR _____

7. FECHA ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA

EXAMEN FÍSICO

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Diagnóstico Antropométrico: _____

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar?

SI ☐ NO ☐Cuál?: _____

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der _____ Izq _____

Usa anteojos ☐ SI ☐ NO

Otros: _____

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLÓGICO

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación: _____

Arritmia: _____

Soplos: _____

Tensión Art.: _____

EXAMEN RESPIRATORIO

EXAMEN ABDOMEN

EXAMEN GENITOURINARIO

Menarca ☐ SI ☐ NO

Turner ☐

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. ☐ Cif. ☐ Lord ☐ Esc ☐

Miembros Sup. _____

Miembros Inf. _____

EXAMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

SE RECOMIENDA _____

HAGO CONSTAR QUE _____ SE ENCUENTRA EN CONDICIONES (APTO) PARA EL INGRESO ESCOLAR, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y EXTRACURRICULARES Y LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN M.E. 57/01 DE ACUERDO DE EXAMEN CLÍNICO ACTUAL Y EN REPOSO PRACTICADO A 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, aclaración y DNI del **padre**
DNI de la **madre** Firma y sello del **médico**

Firma, aclaración y

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado:

Firma y aclaración del **padre** Firma y aclaración de la **madre** Firma y sello del **médico**

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado:

Firma y aclaración del **padre** Firma y aclaración de la **madre** Firma y sello del **médico**

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado:

Firma y aclaración del **padre** Firma y aclaración de la **madre** Firma y sello del **médico**

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado:

Firma y aclaración del **padre** Firma y aclaración de la **madre** Firma y sello del **médico**

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado:

Firma y aclaración del **padre** Firma y aclaración de la **madre** Firma y sello del **médico**