GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Ministerio de EDUCACIÓN

Ministerio de SALUD

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 EDUCACION 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 _____

	SI	NO
Usa anteojos _____	☐	☐

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 _____

	SI	NO
Menarca _____	☐	☐
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: _____ _____ _____

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Ministerio de EDUCACIÓN

Ministerio de SALUD

Firma, aclaración y DNI del **padre** Firma, aclaración y DNI 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**

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**