

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 FÍSICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../..... D.N.I. N°:..... GRUPO SANGUÍNEO: "....." FACTOR RH

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

.....

Cirugías:

Cardiovasculares

Trauma c/alt.funcional:

Alérgicos (especif)

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

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.....

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS 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 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

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 del padre/tutor 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 del padre/tutor 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 del padre/tutor 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 del padre/tutor 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 del padre/tutor Firma y sello del médico