

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (CUS)

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. N°

Apellido y Nombre:

Fecha Nacim:...../...../..... 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

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Chagas	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Neurológico	<input type="checkbox"/>		

Otras.....

3 – CONDICIONES DE RIESGO

4 – MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

5 – DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA 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.....		

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 o Tutor

.....
Firma y Sello del médico

EXAMEN FÍSICO

PESO TALLA Rel. Peso/Talla

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der..... Izq.....

Usa Anteojos

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

Otros

EXAMEN PIEL FONOAUDIOLÓGICO

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLÓGICO.

EXAMEN CARDIVASCULAR

Auscultación.....

Arritmia.....

Soplos.....

Tensión Art.....

EXAMEN RESPIRATORIO

EXAMEN ABDOMÉN

EXAMEN GENITOURINARIO

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Columna Vertebral

NOR.	CIF.	LORD.	ESC.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXAMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O

DERIVACIONES (Adjuntar informes).

SE RECOMIENDA

ACTUALIZACIÓN/ RENOVACIÓN ANUAL(C.U.S.)

Fecha:

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/ patológicos con respecto al examen anterior..

Edad Pes..... 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.)

Fecha:

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/ patológicos con respecto al examen anterior..

Edad Pes..... 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.)

Fecha:

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/ patológicos con respecto al examen anterior..

Edad Pes..... 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.)

Fecha:

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/ patológicos con respecto al examen anterior..

Edad Pes..... 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.)

Fecha:

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/ patológicos con respecto al examen anterior..

Edad Pes..... 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