

**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 FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../..... D.N.I. Nº:.....

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: .....

Alergias (especificar):.....

Oftalmológicos:.....

Auditivos:.....

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 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. ....	.....	

**EXÁMEN FÍSICO**

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

Diagnóstico Antropométrico:.....

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor

Escolar? SI  NO

¿Cuál? .....

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual

Der:..... lzq:.....

Usa Anteojos SI  NO

Otros:.....

**EXAMEN FONOAUDIOLOGICO**.....

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C**.....

**EXAMEN ODONTOLOGICO**.....

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art: .....

**EXÁMEN RESPIRATORIO**.....

**EXÁMEN ABDOMEN**.....

**EXÁMEN GENITOURINARIO**.....

SI NO

Menarca

Turner

**EXAMEN ENDOCRINOLOGICO**.....

**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. ....

Miembros Inf. ....

**EXÁMEN NEUROLÓGICO**

**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES.**

(Adjuntar informes)

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 DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO**

**NOTIFICADO**

.....  
FIRMA DEL MADRE, MADRE, TUTOR/A

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO