

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../..... GRUPO SANGUINEO:..... Factor:..... D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

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:.....

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:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor
Escolar? SI NO
Cuál? :.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
Der:..... Izq.....

Usa anteojos SI NO

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 ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

ColumnaNor. Cif. Lord. Esc.
Miembros Sup.
Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

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 padre / madre/ Tutor /a

.....
Firma y sello del Médico

ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:.....
.....
ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: Debe volver:.....
Observaciones/Recomendaciones:
Notificado.....
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:.....
.....
ESTADO DE SALUD Normal Derivado: Debe volver:
Observaciones/Recomendaciones:
Notificado.....
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:
.....
ESTADO DE SALUD Normal Derivado: Debe volver:.....
Observaciones/Recomendaciones:
Notificado.....
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:
.....
ESTADO DE SALUD Normal Derivado:..... Debe volver:
Observaciones/Recomendaciones:
Notificado.....
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:
.....
ESTADO DE SALUD Normal Derivado: Debe volver:
Observaciones/Recomendaciones:
Notificado.....
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico