

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
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.

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