



**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. N°:..... GRUPO SANGUINEO:"....." FACTOR:.....  
 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EXAMEN FONOAUDIOLOGICO.....**

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....**

**EXAMEN ODONTOLOGICO.....**

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación:.....  
 Arritmia:.....  
 Soplos.....  
 Tensión Art .....

**EXÁMEN RESPIRATORIO.....**

**EXÁMEN ABDOMEN.....**

**EXÁMEN GENITOURINARIO.....**

Menarca.....  
 Turner.....

**EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....**

**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

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

.....  
 Firma y sello del Médico