

**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		
Completo		

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"/>

**EXAMEN FÍSICO**

Peso.....Talla.....IMC.....  
Diagnóstico Antropométrico:.....

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual  
Der:.....Izq.....  
SI NO  
Usa anteojos    
Otros

**EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....**

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....**

**EXAMEN ODONTOLÓGICO.....**

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

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

**EXAMEN RESPIRATORIO.....**

**EXAMEN ABDOMEN.....**

**EXAMEN GENITOURINARIO.....**

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

**EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....**

**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

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