

**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°:.....  
 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       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:.....

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

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

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual  
 Der:.....      Izq.....  
 Usa anteojos              
 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**

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.**