

**CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.)**

A LLENAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO. PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y EXTRACURRICULARES.

FECHA:...../...../..... D.N.I. N°:..... Apellido y Nombre:..... Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:..... Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES**

	S I	N O
Carnet		
Completo		

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: SÍ NO**

Cansancio extremo.....  
 Falta de aire.....  
 Pérdida de conocimiento.....  
 Palpitaciones.....  
 Precordialgias.....  
 Cefaleas.....  
 Vómitos.....  
 Otros.....

**EXÁMEN FÍSICO**

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

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

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

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual  
 Der:..... Izq..... Sí  
 NO  
 Usa anteojos

Otros:.....

**EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO**.....

**EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C.**.....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**.....

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

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

**EXAMEN RESPIRATORIO**.....

**EXAMEN ABDOMEN**.....

**EXAMEN GENITOURINARIO**.....

Menarca..... Sí No  
 Turner.....

**EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO**.....

**EXAMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.  
 Miembros Sup.  
 ..... Miembros Inf.  
 .....

**EXÁMEN NEUROLÓGICO**

.....

**COMENTARIOS 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 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.**

Ministerio de **SALUD** Ministerio de **EDUCACIÓN**



**ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO:**.....

**ESTADO DE SALUD:** Normal Derivado a: ..... Debe volver:..... Observaciones/Recomendaciones:

Notificado.....

Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

**ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 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.) 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 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.) 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 FÍSICO:** .....

**ESTADO DE SALUD** Normal Derivado:..... Debe volver: .....

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....

Firma del padre/tutor Firma y sello del médico