

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 | | |
| COMPLETO | | |

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"/> |
| Precordialgias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cefaleas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vómitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otros.....

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

| | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | NOR. | CIF. | LORD. | ESC. |
| Columna Vertebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Miembros Sup.
 Miembros Inf.

EXAMEN 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 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

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