

**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.....  
SI NO  
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..... Sí No

Turner.....

**EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....**

**EXÁMEN 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 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 /a

.....  
Firma y sello del Médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:**.....

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

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....  
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:**.....

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

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....  
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:**.....

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

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....  
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:**.....

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

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....  
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

**ACTUALIZACION / RENOVACION 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 FISICO:**.....

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

Observaciones/Recomendaciones: .....

Notificado.....  
Firma del padre/tutor Firma y sello del médico