



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		Asma	
Chagas		Hipertensión	
Neurológico			

Otras.....

3 - CONDICIONES DE RIESGO

4 - MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

5 - DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA SUFRIÓ

	SI	NO
Cansancio Extremo		
Falta de Aire		
Pérdida de Conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		
Otros.....		

6 - GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR:

7 - FECHA ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA:

HAGO CONSTAR QUE.....SE ENCUENTRA EN CONDICIONES (APTO) PARA EL INGRESO ESCOLAR, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN M.E. 57 DE ACUERDO AL EXAMÉN 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:

8- EXAMEN FÍSICO

PESO TALLA Rel. Peso/Talla

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der..... Izq

Usa Anteojos

SI

NO

Otros

EXAMEN PIEL FONOAUDIOLOGICO

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLOGICO.

EXAMEN CARDIVASCULAR

Auscultación.....

Arritmia.....

Soplos

Tensión Art.....

EXAMEN RESPIRATORIO.

EXAMEN ABDOMÉN.

EXAMEN GENITOURINARIO.....

Menarca

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR

	NOR.	CIF.	LORD.	ESC.
Columna Vertebral				

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXAMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O DERIVACIONES (Adjuntar informes).

SE RECOMIENDA.....

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