

## **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	<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.....

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"/>
Precordalgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....		

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

#### **EXAMEN FÍSICO**

PESO ..... TALLA ..... Rel. Peso/Talla .....

Diagnóstico Antropométrico:.....

#### **EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual

Der..... Izq.....

Usa Anteojos

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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**

Columna Vertebral

NOR.	CIF.	LORD.	ESC.
<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**

**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