**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. Nº:.....................................

Apellido y Nombre:.............................................................................................................................................

Fecha Nacimiento: ...../...../......... Edad:...... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:....... .......................

Domicilio:...................................................................... Localidad:..............................Tel:.............................

##

## 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 FONOAUDIOLOGICO………………………….

…………………………………………………………...

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C**............................................

.................................................................................

**EXAMEN ODONTOLOGICO**.......................................

.................................................................................

### EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:…………………………………………..

Arritmia:…………………………………………………

Soplos………………………………………………….

Tensión Art: ..........................................................

**EXÁMEN RESPIRATORIO**.........................................

.................................................................................

**EXÁMEN ABDOMEN**.................................................

.................................................................................

**EXÁMEN GENITOURINARIO**.....................................

 Sí No

Menarca.............................

Turner………………………..

**EXAMEN ENDOCRINOLOGICO…**……………………….

### EXÁMEN OSTEOARTICULAR

###

ColumnaNor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. ........................................................

Miembros Inf. ........................................................

### EXÁMEN NEUROLÓGICO

...........................................................................................

**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)**

........................................................................................... **SE RECOMIENDA**…………………………………………...

………………………………………………………………….

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 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**:

 **SI NO**

Cansancio extremo……………

Falta de aire……………………..

Pérdida de conocimiento………

Palpitaciones……………………

Precordalgias…………………...

Cefaleas………………………….

Vómitos…………………………..

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 exámen 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.**

.................................

#### Firma y sello del Médico

**NOTIFICADO** .....................................................

####  Firma del padre / madre/ Tutor /a

**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