GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA — Ministerio de EDUCACIÓN — Ministerio de SALUD

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE ALTA GRACIA

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.) – NIVEL SUPERIOR

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:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carné		
Completo		
Vacunación Covid		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON: ……
……..

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:
.....
……. ….. .....
Cirugías: .....
……
Cardiovasculares ……
Trauma c/alt.funcional: ……
Alérgicos (especif) .....
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.		

EXÁMEN FÍSICO
Peso.....Talla.....IMC.....
Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO
Agudeza Visual
Der:.....Izq.....

	SI	NO
Usa anteojos	☐	☐
Otros	☐	☐

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO………
……..
EXAMEN PIELY T.C.S.C.....
.....
EXAMEN ODONTOLOGICO.....
.....
EXAMEN CARDIOVASCULAR
Auscultación:……..
Arritmia:……
Soplos……
Tensión Art .....
EXAMEN RESPIRATORIO.....
.....
EXAMEN ABDOMEN.....
.....
.....
EXAMEN GENITOURINARIO.....
Menarca.....
Turner……...
EXAMEN ENDOCRINOLOGICO………
……

EXAMEN OSTEOARTICULAR

	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Columna	☐	☐	☐	☐
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 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.

NOTIFICADO .....
Firma del padre / madre/ Tutor o
(ÚNICAMENTE SI EL ALUMNO ES MENOR DE 18 AÑOS)

FECHA……/……/20……

……
Firma y sello del Médico