

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 FÍSICA, CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA: ___/___/202_

D.N.I. Nº: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

<p>ANTECEDENTES:</p> <p>1. VACUNACIONES</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">SI</th> <th style="width: 10%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carnet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Completo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON: _____</p> <p>2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</p> <p>Enfermedades importantes: _____</p> <p>_____</p> <p>Cirugías: _____</p> <p>_____</p> <p>Cardiovasculares _____</p> <p>Trauma c/alt.funcional: _____</p> <p>Alérgicos (especif.) _____</p> <p>Oftalmológicos: _____</p> <p>Auditivos: _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Diabetes <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Asma <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chagas <input type="checkbox"/></td> <td>Hipertensión <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neurológico <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Otras: _____</p> <p>3. CONDICIONES DE RIESGO _____</p> <p>4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS _____</p> <p>5. DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Cansancio Extremo <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de aire <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Palpitaciones <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Precordalgias <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cefaleas <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vómitos <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Otros: _____</p> <p>6. GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR _____</p> <p>7. FECHA ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA: _____</p> <p>8. FECHA VACUNA COVID/19: _____</p>		SI	NO	Carnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Chagas <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<p>EXAMEN FÍSICO</p> <p>Peso _____ Talla _____ IMC _____</p> <p>Diagnóstico Antropométrico: _____</p> <p>EXAMEN OFTALMOLÓGICO</p> <p>Agudeza Visual</p> <p style="margin-left: 40px;">Der _____ lzq _____</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Usa anteojos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO _____</p> <p>EXAMEN PIEL Y T.C.S.C. _____</p> <p>EXAMEN ODONTOLÓGICO _____</p> <p>EXAMEN CARDIOVASCULAR _____</p> <p>Auscultación: _____</p> <p>Arritmia: _____</p> <p>Soplos: _____</p> <p>Tensión Art.: _____</p> <p>EXAMEN RESPIRATORIO _____</p> <p>EXAMEN ABDOMEN _____</p> <p>EXAMEN GENITOURINARIO _____</p> <p>Menarca _____</p> <p>Turner _____</p> <p>EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO _____</p> <p>EXAMEN OSTEOARTICULAR</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Columna Vertebral</td> <td>Nor.</td> <td>Cif.</td> <td>Lord.</td> </tr> </table> <p>Miembros Sup. _____</p> <p>Miembros Inf. _____</p> <p>EXAMEN NEUROLÓGICO _____</p> <p>SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)</p> <p>_____</p> <p>SE RECOMIENDA _____</p> <p>_____</p>		SI	NO	Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral	Nor.	Cif.	Lord.
	SI	NO																																													
Carnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Diabetes <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>																																														
Chagas <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>																																														
Neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
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"/>																																														
	SI	NO																																													
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Columna Vertebral	Nor.	Cif.	Lord.																																												

HAGO CONSTAR QUE _____ SE ENCUENTRA EN CONDICIONES (APTO) PARA EL INGRESO ESCOLAR, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES CURRICULARES Y EXTRACURRICULARES Y LO ESTABLECIDO EN LA RESOL. MIN. Nº 57/01 DE ACUERDO AL EXAMEN CLÍNICO ACTUAL Y EN REPOSO PRACTICADO A 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 estudiante.

NOTIFICADO _____
Firma padre/madre/tutor legal

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado

Firma del padre/madre o tutor Legal

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado

Firma del padre/madre o tutor Legal

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado

Firma del padre/madre o tutor Legal

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado

Firma del padre/madre o tutor Legal

Firma y sello del médico

ACTUALIZACIÓN / RENOVACIÓN 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 FÍSICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado

Firma del padre/madre o tutor Legal

Firma y sello del médico