

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA: 01/06/2022 Apellido y Nombre: Torres Verónica D.N.I. Nº: 30638284
Fecha Nacimiento: 17/08/84 Edad: 37 Sexo: F Lugar de nacimiento: SLD
Domicilio: 1723 Localidad: SLD Tel: SLD

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON: Antepara

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías: N
Cardiovasculares: N
Trauma c/alt. funcional: N
Alergias (especificar): N
Oftalmológicos: N
Auditivos: N

Diabetes ☒ Asma ☐
Chagas ☐ Hipertensión ☐
Neurológico ☐
Otras: Diabetes tipo 1

3. CONDICIONES DE RIESGO:

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS: Glucosaminas
2 Asasles levotiroxina

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Precordalgias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

EXÁMEN FÍSICO

Peso: 66 Talla: 162 IMC: 25
Diagnóstico Antropométrico: No se usó

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI ☒ NO ☐

¿Cuál?

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der: Izq:

Usa anteojos ☐ ☐

Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO

EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLÓGICO

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación: R2 Normal

Arritmia:

Soplos:

Tensión Art: 120/80

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

EXÁMEN GENITOURINARIO

Menarca: ☐ ☐
Turner: ☐ ☐

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna: sp (Nor) Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. sp

Miembros Inf. sp

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Hago constar que Verónica Torres 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 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

EMANUEL BETTANCOURTH
M.N. 174405 - M.P. 5536
NUTRICIÓN Y DIABETES