

## 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.

Córdoba ...../...../.....

Apellido y Nombre:..... D.N.I. N°:.....

Fecha Nacimiento: ...../...../..... 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: .....

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.....	<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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

### 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.....

SI NO

Menarca..... ☐ ☐

Turner..... ☐ ☐

### EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

### EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. ....

Miembros Inf. ....

### EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS 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 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 .....

Firma del Estudiante

.....  
Firma y sello del Médico