

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: 03/10/24

D.N.I. N°: 44.346.562

Apellido y Nombre: GIAMPACU EZEQUIEL

Fecha Nacimiento: 16/12/02

Edad: 21

Sexo: M

Lugar de nacimiento: cha

Domicilio: Quijano de Velazco 581

Localidad: Córdoba

Tel:

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet	X	
Completo	X	

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías: Amigdalitis, cubito y Rod

Cardiovasculares:

Trauma c/alt.funcional:

Alergias (especificar):

Oftalmológicos:

Auditivos:

Diabetes

no

Asma

no

Chagas

no

Hipertensión

no

Neurológico

no

Otras:

3. CONDICIONES DE RIESGO: no

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS: no

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: 71.5 Talla: 1.75 IMC:

Diagnóstico Antropométrico:

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

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

¿Cuál? :

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der: 10/10

Izq: 10/10

SI

NO

Usa anteojos

Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO sp

EXÁMEN PIELY T.C.S.C sp

EXAMEN ODONTOLOGICO sp

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación: R, R, NF, no hr

Arritmia: no

Soplos: no

Tensión Art: 120/70 mmHg

EXÁMEN RESPIRATORIO

B, no SRA

EXÁMEN ABDOMEN

B, no de RHA

EXÁMEN GENITOURINARIO

Menarca	Si	No
Turner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO sp

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. sp

Miembros Inf. sp

EXÁMEN NEUROLÓGICO

normal

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Hago constar que, Giampacu Ezequiel 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 padre / madre/ Tutor /a

Firma y sello del Médico

DR. CARREÑO CAROLINA
M.P. 36684
Esp. En Cardiología