

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: 10/07/23

D.N.I. N° 44.376.562

Apellido y Nombre: GIAMPOLI EZEQUIEL

Fecha Nacimiento: 16/12/2002 Edad: 20

Sexo: M

Lugar de nacimiento: Cba

Domicilio: Lucas Fernandez 357

Localidad: Cba

Tel:

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet	X	
Completo	X	

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades Importantes:

Cirugías: Amputación - Codo No 20

Cardiovasculares: no -

Trauma c/alt. funcional: no -

Alergias (especificar): no -

Oftalmológicos: no -

Auditivos: no -

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: 72 Talla: 1,74 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: Pn y Pz No 10 No

Arritmia: no -

Soplos: no -

Tensión Art: 120/80 mmHg

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

EXÁMEN GENITOURINARIO

	Si	No
Menarca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turner	<input checked="" 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 GIAMPOLI 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. CARRERA CAROLINA
M.P. 26684
Esp. En Cardiología