

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 EDUCACIÓN FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA: 27/01/22

D.N.I. N°: 44.346.362

Apellido y Nombre: Gonzalez Ezequiel

Fecha Nacimiento: 16/12/02 Edad: 19

Sexo: M.

Lugar de nacimiento: Córdoba - Argentina

Domicilio: Lucas Fernandez 359

Localidad: Córdoba

Tel: 351-3892619

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:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades Importantes:

Cirugías: Ombrales y dedo - 17/01/2020
Cardiovasculares: No.
Trauma c/alt.funcional: No.
Alergias (especificar): No.
Oftalmológicos: No.
Auditivos: No.

Diabetes

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

Asma

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

Chagas

Neurológico

Otras:

3. CONDICIONES DE RIESGO:**4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:****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: 62 Talla: 1,72 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

Usa anteojos

Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO**EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C****EXAMEN ODONTOLÓGICO****EXÁMEN CARDIOVASCULAR**

Auscultación: No y 21 NF No 4/10

Arritmia:

Soplos

Tensión Art: 120/80 mmHg

EXÁMEN RESPIRATORIO**EXÁMEN ABDOMEN****EXÁMEN GENITOURINARIO**

Menarca

Turner

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

Columna

Nor. Cif.

Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Hago constar que Gonzalez 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

Dra. CARRERO CAROLINA
M.P. 25084
Esp. En Cardiología