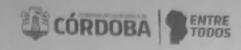
## Ministerio de SALUD

## Ministerio de EDUCACIÓN



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 CURRICULARE

| SI NO  X  SQUEMA  PATOLÓ  Intes:        | CON:         | Po L  | Lugar de nacimiento:  Alidad:  EXÁMEN FÍSICO  Peso Talla TAS IMC  Diagnóstico Antropométrico:  ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN  ¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor  Escolar?  ¿Cuál?  EXÁMEN OFTALMOLÓGICO  Agudeza Visual  Der:  Der:  Usa anteojos  Otros: |
|---|--------------|---|---|
| SQUEMA  PATOLÓ  Intes:                  | GICOS.       | Polo  | Peso  |
| SQUEMA  PATOLÓ  Intes:                  | GICOS.       | Polo  | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI NO Z ¿Cuál?:  EXÁMEN OFTALMOLÓGICO Agudeza Visual Der: 129 Izq 100 IX   |
| SQUEMA  PATOLÓ  Intes:                  | GICOS.       | Polo  | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI NO Z ¿Cuál?:  EXÁMEN OFTALMOLÓGICO Agudeza Visual Der: 129 129 100 100  SI NO Z Usa anteojos  |
| SQUEMA  PATOLÓ  Intes:                  | GICOS.       | Polo  | ¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI NO ZI NO ZI Cuál?:  EXÁMEN OFTALMOLÓGICO Agudeza Visual Der: 12q 12q 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10  |
| SQUEMA  PATOLÓ  Intes:                  | GICOS.       | Polo  | ¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI NO ZI NO ZI Cuál?:  EXÁMEN OFTALMOLÓGICO Agudeza Visual Der: 12q 12q 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10  |
| PATOLÓ intes:                           | GICOS.       | Polo  | Exámen oftalmológico Agudeza Visual Der: 129 129 129 129 129 129 129 129 129 129  |
| PATOLÓ                                  | GICOS.       | Polo  | Agudeza Visual Der: 129 Izq 100 Izq 100 IVQ Usa anteojos  |
| hbs, c                                  | ubile y      | Polo  | Agudeza Visual Der: 10/10  SI  Usa anteojos   |
| hbs, c                                  | ubile y      | Polo  | Der: 12q 10/10  SI NO Usa anteojos  |
| hbs, c                                  | ubile y      | Polo  | Usa anteojos  |
| hbs, c                                  | ubile y      | Polo  | Usa anteojos  |
| 6.53,0                                  | ubile y      | Polo  | Otros:  |
|   |              |   |   |
|   |              |   | EXAMEN FONOAUDIOLOGICO  |
|   |              |   |   |
|   |              |   | EXÁMEN PIELY T.C.S.C. Sp.   |
|   |              |   | EXAMEN ODONTOLOGICO Sy  |
|   | Asma         |   | EXÁMEN CARDIOVASCULAR   |
| 2                                       | Hipertensión | 100   | - Auscultación: Ry Rr NF , ~ Lgr  |
| 2                                       |              |   | Arritmia: Arritmia  |
|   |              |   | Soplos  |
|   |              |   | Tensión Art: 130 70   |
| RIESGO:                                 | ~ ~ ~        |   | EXÁMEN RESPIRATORIO   |
| • |              |   | EXÁMEN ABDOMEN  |
| DESCRIP                                 | TOS:         |   | Bhil m L Rosa   |
|   | 105:         |   | EXÁMEN GENITOURINARIO   |
| DAD FÍSIC                               | A PREVIA SL  | JFRIÓ   | Si No   |
|   |              |   | Menarca   |
|   |              |   | Turrier   |
|   |              |   | EXAMEN ENDOCRINOLOGICO  |
|   |              | 9   | EXÁMEN OSTEOARTICULAR   |
|   |              |   | Columna Nor Cif Land Face   |
|   | ×            | 4   | Miembros Sup. 5/  |
|   |              |   | Miembros Inf S.P.   |
|   |              | 1   | EXÁMEN NEUROLÓGICO  |
|   |              |   | mend  |
|   |              |   | COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)   |
| cticado en                              | la fecha,    | y lo estable                                  | se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la ecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico  CER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION EL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.  |
|   | PRESCRIF     | des físicas curriculares cticado en la fecha. | PRESCRIPTOS:  OAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ  SI NO  OAD  OAD  OAD  OAD  OAD  OAD  OAD  O   |

**NOTIFICADO** 

Firma del padre / madre/ Tutor /a

OF GARRENS GAROLINA Firma y sello de la Cardiología