

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:...../...../.....

D.N.I. Nº.....

Apellido y Nombre:.....

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 ☐Chagas ☐Neurológico ☐

Otras:

Asma ☐Hipertensión ☐**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.....

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.....**Menarca..... ☐Turner..... ☐**EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....****EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar
Informes)**

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 padre / madre/ Tutor /a

Firma y sello del Médico

DECLARACIÓN JURADA
CICLO LECTIVO 20.....

Por medio de la presente yo,
DNI N° con domicilio en

- Autorizo a retirar del establecimiento a mi hijo/a,
DNI N° de año, del IPET N° 363 a:

Nombre y apellido	Parentesco	DNI N°
.....
.....
.....
.....

- Autorizo a la Institución, en caso de accidente y/o emergencia médica, a trasladar en ambulancia, a mi hijo/a al Centro de Salud Municipal, siendo comunicado simultáneamente de lo sucedido. En tal caso, informo:

Obra Social Grupo Sanguíneo alergias

En caso de urgencia avisar a:

..... teléfono:

..... teléfono:

Autorizo a mi hijo/a a retirarse del establecimiento escolar ante eventuales modificaciones en el horario habitual, o situaciones imprevistas cuando la jornada escolar ya dio inicio.

SI

NO

- Autorizo al uso gratuito de imagen y voz de mi hijo/a para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, por cualquier medio o formato de emisión/reproducción y/o difusión existente o futuro (incluido Internet) en **Contextos Educativos**.

Firma del padre

Firma de la madre.....

Aclaración:

Aclaración:

DNI N°

DNI N°

INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer
información actualizada del Estado de Salud de su hijo/a.

Deberá presentarse anualmente y al inicio del Ciclo Lectivo.

A) DATOS GENERAL

Fecha.....

Apellido y Nombre del Alumno:.....

D.N.I.:.....

Escuela:.....Curso:.....Turno:.....

Edad:.....Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Obra Social: SI / NO Cuál:.....Grupo Sanguíneo.....

B) Antecedentes Personales de Salud:**Enfermedades Crónicas:** ¿Cuáles?

Recibe atención médica: SI / NO

.....

.....

Toma medicación alguna SI / NO

Cuál es?

.....

.....

¿Padece alguna de estas patologías?:Alergias ☐Cardiovasculares ☐
(arritmia, hipertensión arterial, etc.)Diabetes ☐Neurológicas ☐Oftalmológica ☐Auditivas ☐

(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

C) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

D) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

D.N.I. N°:.....