

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y EXTRACURRICULARES.

FECHA:...../...../.....

D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

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

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares.....

Trauma c/alt.funcional:.....

Alérgicos

(especif).....

Oftalmológicos

Auditivos.....

Diabetes:

Asma:

Chagas:

Hipertensión:

Neurológico:

Otras.....

3. CONDICIONES DE RIESGO

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

Peso..... Talla..... IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der:..... Izq.....

	SI	NO
Usa anteojos		
Otros		

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....

EXÁMEN PIEL Y T.C.S.C.....

EXAMEN ODONTOLÓGICO.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art:

EXÁMEN RESPIRATORIO.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

EXAMEN GENITOURINARIO.....

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Miembros Sup.....				
Miembros Inf.....				

EXÁMEN NEUROLÓGICO

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O
DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

SE RECOMIENDA.....

NOTIFICADO:

(Firma del padre / madre/ Tutor)

(Firma y sello del médico)



ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....
 Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....
 Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....
 Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....
 Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....
 Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico