

**CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (CUS)**

A LLENAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR UN AÑO  
PARA INGRESO ESCOLAR ACTIVIDAD EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y EXTRACURRICULARES

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DNI Nº: \_\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

**1. Vacunaciones**

	SI	NO
Carnet		
Completo		

Debe completar esquema con \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes Patológicos**

Enfermedades importantes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Cardiovasculares: \_\_\_\_\_

Trauma con alternación funcional: \_\_\_\_\_

Alérgicos (Especificar): \_\_\_\_\_

Oftalmológicos: \_\_\_\_\_

Auditivos: \_\_\_\_\_

Diabetes  Asma

Chagas  Hipertensión

Neurológico

Otras \_\_\_\_\_

**3. Condiciones de riesgo:** \_\_\_\_\_

**4. Medicamentos prescritos:** \_\_\_\_\_

**5. Delante 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"/>
Precordialgias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

**EXÁMEN FÍSICO**

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico antropométrico \_\_\_\_\_

**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

Agudeza Visual:  
 Derecho: \_\_\_\_\_ Izquierdo: \_\_\_\_\_

Usa anteojos .....  SI  NO  
 Otros .....  SI  NO

**EXÁMEN FONOAUDIOLÓGICO** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN PIEL Y TCSC** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN ODONTOLÓGICO** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN CARDIOVASCULAR:**

Auscultación \_\_\_\_\_

Arritmia \_\_\_\_\_

Soplos \_\_\_\_\_

Tensión arterial \_\_\_\_\_

**EXÁMEN RESPIRATORIO** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN DE ABDOMEN** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN GENITOURINARIO**

Menarca \_\_\_\_\_

Tourner \_\_\_\_\_

**EXÁMEN ENDOCRINOLOGICO** \_\_\_\_\_

**EXÁMEN OSTEOAURICULAR**

Columna Nor.  Cif.  Lord.  Esc.

Miembros Superiores: \_\_\_\_\_

Miembros Inferiores: \_\_\_\_\_

**EXÁMEN NEUROLÓGICO**

Se indican exámenes complementarios y/o derivaciones  
 (adjuntar informes) \_\_\_\_\_

Se recomienda \_\_\_\_\_

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 DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN LEGAL DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO .....  
 FIRMA EL PADRE MADRE O TUTOR

.....  
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO