Ministerio de SALUD Ministerio de EDUCACIÓN GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ENTRE TODOS

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		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON: ……
……..

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:
.....
……. ….. .....
Cirugías: .....
Cardiovasculares: ……
Trauma c/alt.funcional: ……
Alergias (especificar):……
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:.....

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.

Ministerio de SALUD Ministerio de EDUCACIÓN GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ENTRE TODOS

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 a: …… Debe volver:……
Observaciones / Recomendaciones:
……
Notificado …… ……

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:
……

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:
……

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:
……

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: