GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Ministerio de EDUCACIÓN

Ministerio de SALUD

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.....

	SI	NO
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.....

	Sí	No
Menarca.....	☐	☐
Turner……	☐	☐

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO……
EXÁMEN OSTEOARTICULAR

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

EXÁMEN NEUROLÓGICO
.....

COMENTARIOS 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 exámen 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