

**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. N°:.....  
Apellido y Nombre:.....  
Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....  
Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

Peso..... Talla..... IMC.....  
Diagnóstico Antropométrico:.....

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES**

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 OFTALMOLÓGICO**

Agudeza VisualDer:.....  
Izq.....  
SINO  
Usa anteojos  
Otros    
EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO...

**EXÁMEN PIELY T.C.S.C.**.....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**.....

**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**

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

**SE RECOMIENDA**.....



**ACTUALIZACIÓN / RENOVACION ANUAL (E.S.S.)** Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto a la edad anterior.  
Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

**ANTECEDENTES** .....

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.....

**EXAMEN FISICO** .....

**ESTADO DE SALUD** .....

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