|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gobierno deCórdoba | Certificado Único de Salud (C.U.S.) | esc3Instituto “**José Peña”** |
|       |  |       |  |       |
| **Ciclo Lectivo** |  | **Nivel** |  | **Grado/Curso** |

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - **VALIDEZ POR 1 AÑO**.

PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA, NATACION, CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Apellido** |  | **Nombre** |  | **Documento** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Lugar de Nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Calle** |  | **Numero** |  | **Barrio** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Teléfono Fijo** |  | **Teléfono de la Madre** |  | **Teléfono del Padre** |  | **Teléfono de Emergencia** |

|  |
| --- |
| **Antecedentes** |
|  | **1** | **Vacunaciones** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Si | No |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Carnet |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Completo |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Debe completar esquema con  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** | **Antecedentes Patológicos** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enfermedades Importantes |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cirugías |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cardiovasculares |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Trauma c/alt. func |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alérgicos(especif) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oftalmológicos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Auditivos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diabetes |  |  |  | Asma |  |  |
|  |  | Chagas |  |  |  | Hipertensión |  |  |
|  |  | Neurológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Auditivos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Examen Físico** |
|  |  | Peso |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Talla |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | IMC |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diagnostico Antropométrico |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Oftalmológico** |
|  |  | Agudeza Visual |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Der: |  |  | Izq: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Si |  | No |  |
|  |  | Usa Anteojos |  |  |  |  |  |
|  |  | Otros |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Fonoaudiológico** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Piel y T.C.S.C.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Odontológico** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Respiratorio** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Cardiovascular** |
|  |  | Auscultación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Arritmia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Soplos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tensión Art. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Examen Abdomen** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Genitourinario** |
|  |  | Menarca |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Turner |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Endocrinológico** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Osteoarticular** |
|  |  |  | Nor. |  | Cif |  | Lord. |  | Esc. |
|  |  | Columna |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Miembros Sup |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Miembros Inf. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Examen Neurológico** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Se indican Exámenes Complementarios y o Derivaciones** (Adjuntar Informes) |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Grupo Sanguíneo** |
| Grupo |  |  | Factor |  |

|  |
| --- |
| **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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***Lugar y Fecha*** |  | ***Firma y Sello del Medico*** |

**Notificado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ***Firma del Alumno*** |  | ***Firma de la Madre*** |  | ***Firma del Padre*** |