



**CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (C.U.S.) DEBE SER COMPLETADO POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL – EL CUS TIENE VALIDEZ POR 1 (UN) AÑO. ES REQUISITO PARA EL INGRESO ESCOLAR, PARA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA CURRICULARES Y LAS ÁREAS EXTRA CURRICULARES.**

FECHA: ...../...../..... D.N.I. N°..... (Completar los datos como figuran en el Documento)  
 Apellido y Nombres: .....  
 Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de Nacimiento:.....  
 Domicilio: Calle..... N°..... Dto..... Piso..... Barrio.....  
 Localidad:..... Teléfonos de contactos: ...../.....

**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	SI / NO	Asma	SI / NO
Chagas	SI / NO	Hipertensión	SI / NO
Neurológicas	SI / NO		
Otras: .....			

**3. CONDICIONES DE RIESGO:** .....

**4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:** .....

**5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:**

	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Cansancio extremo			Falta de aire			Cefaleas			
Palpitaciones			Precordalgias			Vómitos			
Pérdida de conocimiento					Otros: .....				

**EXAMEN FÍSICO** Peso..... Talla..... IMC..... Diagnóstico Antropométrico:.....

**EXAMEN OFTALMOLÓGICO** Agudeza Visual Der:.....  
 Izq :..... Usa anteojos SI/NO - Recomienda el uso SI/NO

**EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO** .....

**EXAMEN PIELY T.C.S.C** .....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO** .....

**EXAMEN CARDIOVASCULAR** .....

Auscultación: .....

Arritmia: .....

Soplos: .....

Tensión Art: .....

**EXAMEN RESPIRATORIO** .....

**EXAMEN ABDOMEN** .....

**EXÁMEN GENITOURINARIO** .....

	SI	NO		SI	NO
Menarca			Turner		

**EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO** .....

**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

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

**EXAMEN NEUROLÓGICO** .....

**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES** (Adjuntar informes) .....

**SE RECOMIENDA** .....

Hago constar que..... se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de las actividades físicas curriculares, de las propuestas extra curriculares y de 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 DEL/LA ESTUDIANTE**

NOTIFICADO .....  
 Firma del padre / madre/ tutor /a ..... Firma y sello del Médico .....

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a ..... D.N.I. .... del grado ....., sección .... del turno. .... a realizar las **actividades física** curriculares y de las propuestas extra curriculares propuestas a desarrollar **durante el ciclo lectivo 202.....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre o tutor: ..... Firma de la madre:.....  
 D.N.I.:..... D.N.I.:.....



**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. .... años –  
 Peso. .... Talla ..... IMC. .... Diag. Antropométrico. ....

ANTECEDENTES: .....

EXAMEN FISICO: .....

ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: ..... Debe volver: .....

Observaciones / Recomendaciones: .....

.....Firma y sello del Médico

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a .....D.N.I. .... a realizar las **actividades física** curriculares y de las propuestas extra curriculares propuestas a desarrollar **durante el ciclo lectivo 202....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre/madre/responsable o tutor: ..... D.N.I. ....

**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. .... años –  
 Peso. .... Talla ..... IMC. .... Diag. Antropométrico. ....

ANTECEDENTES: .....

EXAMEN FISICO: .....

ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: ..... Debe volver: .....

Observaciones / Recomendaciones: .....

.....Firma y sello del Médico

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a .....D.N.I. .... a realizar **actividades de física** curriculares **durante el ciclo lectivo 202....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre/madre/responsable o tutor: ..... D.N.I. ....

**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. .... años –  
 Peso. .... Talla ..... IMC. .... Diag. Antropométrico. ....

ANTECEDENTES: .....

EXAMEN FISICO: .....

ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: ..... Debe volver: .....

Observaciones / Recomendaciones: .....

.....Firma y sello del Médico

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a .....D.N.I. .... a realizar las **actividades física** curriculares y de las propuestas extra curriculares propuestas a desarrollar **durante el ciclo lectivo 202....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre/madre/responsable o tutor: ..... D.N.I. ....

**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. .... años –  
 Peso. .... Talla ..... IMC. .... Diag. Antropométrico. ....

ANTECEDENTES: .....

EXAMEN FISICO: .....

ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: ..... Debe volver: .....

Observaciones / Recomendaciones: .....

.....Firma y sello del Médico

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a .....D.N.I. .... a realizar las **actividades física** curriculares y de las propuestas extra curriculares propuestas a desarrollar **durante el ciclo lectivo 202....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre/madre/responsable o tutor: ..... D.N.I. ....

**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. .... años –  
 Peso. .... Talla ..... IMC. .... Diag. Antropométrico. ....

ANTECEDENTES: .....

EXAMEN FISICO: .....

ESTADO DE SALUD: Normal Derivado a: ..... Debe volver: .....

Observaciones / Recomendaciones: .....

.....Firma y sello del Médico

Autorizamos a nuestro/ a hijo/a .....D.N.I. .... a realizar las **actividades física** curriculares y de las propuestas extra curriculares propuestas a desarrollar **durante el ciclo lectivo 202....**, avalando lo anterior con la certificación correspondiente.

Firma del padre/madre/responsable o tutor: ..... D.N.I. ....