



C.U.S. - Certificado Único de Salud

Fecha: Ficha N°:

Apellido Nombre: D.N.I.: Sexo:

Fecha Nacimiento: // Edad: Lugar de Nacimiento

Grado / Sección: Turno: Teléfono Emergencia:

Domicilio: Localidad: Teléfono:

ANTECEDENTES	EXAMEN FÍSICO
VACUNACIONES B.C.G. Vacunación Completa Triple Doble Sabin Refuerzo Antitetánica Fecha:	Peso: Talla: Rel. Peso/Talla: Grupo Sanguíneo
	EXAMEN OFTALMOLÓGICO
	Agudeza Visual: Der.: Izq. usa Anteojos Otros:
	EXAMEN O.R.L.
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	
Diag. Patología: Cirugías Traumatismos Alergia Alimentos Medicamentos Insectos Otros Enfermedades importantes en la familia directa: Diabetes Reumáticas Asma Diat. Hem. Chagas Epilepsia Hipertensión Neurológico Otras:	EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.
	EXAMEN CABEZA Y CUELLO
	EXAMEN CARDIOVASCULAR
	Auscultación: Frecuencia : Tensión:
EXAMEN RESPIRATORIO	
	EXAMEN ABDOMEN
HÁBITOS TÓXICOS	
Alcohol Tabaco Otros:	EXAMEN GENITOURINARIO
MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS	EXAMEN OSTEOARTICULAR
Estimulantes Esteroides Anabólicos Especificar:	Columna Vertebral Miembros Superiores: Miembros Inferiores:
MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS	EXAMEN NEUROLÓGICO
DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA SUFRIÓ	
Cansancio extremo Vómitos Falta Aire Convulsiones Pérdida Conocimiento Cefaleas Palpitaciones Precordialgias Autorización Atención Médica Instituto APTO, desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar.	SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)
	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA

Lugar Fecha:

Firma Padre / Alumno/a

Normal:

Derivado a:

Debe Volver:

Observaciones

Firma y Sello del Médico