

C.U.S. - Certificado Único de Salud

Fecha: Ficha N°:

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

Fecha Nacimiento: / / Edad: Lugar de Nacimiento

Grado / Seccion: Turno: Teléfono Emergencia:

Domicilio: Localidad: Teléfono:

ANTECEDENTES

VACUNACIONES B.C.G. Vacunación Completa Triple Doble Sabin

Refuerzo Antitetánica Fecha:

EXAMEN FÍSICO

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

EXAMEN OSTEOARTICULAR

MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

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.

Lugar Fecha:

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA

Normal:

Derivado a:

Debe Volver: Observaciones