



**C.U.S. - Certificado Unico de Salud**

Fecha: \_\_\_\_\_ FichaN°: \_\_\_\_\_  
 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. \_\_\_\_\_  Vacunacion Completa  
 Triple \_\_\_\_\_  
 Doble \_\_\_\_\_  
 Sabin \_\_\_\_\_  
 Refuerzo Antitetánica \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EXAMEN FISICO**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Rel. Peso/Talla: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguineo \_\_\_\_\_

**EXAMEN OFTALMOLOGICO**

Agudeza Visual: Der.: \_\_\_\_\_ Izq. \_\_\_\_\_  
 usa Anteojos Otros: \_\_\_\_\_

**EXAMEN O.R.L.**

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

Diag. Patología: \_\_\_\_\_  
 Cirugías \_\_\_\_\_  
 Traumatismos \_\_\_\_\_  
**Alergia** Alimentos \_\_\_\_\_  
 Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Insectos \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
 Enfermedades importantes en la familia directa:  
 Diabetes  Reumaticas  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**

**EXAMEN GENITOURINARIO**

**EXAMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Vertebral \_\_\_\_\_  
 Miembros Superiores: \_\_\_\_\_  
 Miembros Inferiores: \_\_\_\_\_

**HABITOS TOXICOS**

Alcohol  Tabaco  
 Otros: \_\_\_\_\_

**EXAMEN NEUROLOGICO**

**MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS**

Estimulantes  Esteroides  Anabolicos  
 Especificar: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

**DURANTE ACTIVIDAD FISICA SUFRIO**

Cansancio extremo  Vómitos  
 Falta Aire  Convulsiones  
 Pérdida Conocimiento  Cefaleas  
 Palpitaciones  Precordialgias

**SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)**

**IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA**

Normal: \_\_\_\_\_  
 Derivado a: \_\_\_\_\_  
 Debe Volver: \_\_\_\_\_  
 Observaciones \_\_\_\_\_

Autorizacion Atencion Medica Instituto  
**APTO, desde el punto de vista clinico para realizar actividades físicas de la programación escolar.**

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_