



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: _____

EXAMEN NEUROLOGICO

HABITOS TOXICOS

Alcohol Tabaco
 Otros: _____

SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)

MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

Estimulantes Esteroides Anabolicos
 Especificar: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA

Normal: _____
 Derivado a: _____
 Debe Volver: _____
 Observaciones _____

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

DURANTE ACTIVIDAD FISICA SUFRIO

Cansancio extremo Vómitos
 Falta Aire Convulsiones
 Pérdida Conocimiento Cefaleas
 Palpitaciones Precordialgias

Autorizacion Atencion Medica Instituto

APTO, desde el punto de vista clinico para realizar actividades físicas de la programación escolar.

Lugar _____ Fecha: _____