



Congregación de los Hijos de la Inmaculada Concepción
COLEGIO "LUIS MANUEL ROBLES" NIVEL INICIAL
 Padre Luis Monti N° 1850 B° Pueyrredón CÓRDOBA T.E. (0351) 4517213
 www.colegiorobles.edu.ar



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

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 el/la niño/a..... 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..... de la sala de años , 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.:.....



Congregación de los Hijos de la Inmaculada Concepción
COLEGIO "LUIS MANUEL ROBLES" NIVEL INICIAL
 Padre Luis Monti N° 1850 B° Pueyrredón CÓRDOBA T.E. (0351) 4517213
 www.colegiorobles.edu.ar



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/aD.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/aD.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.