

122 F



Certificado único de Salud (C.U.S.) PROF. EDUCACIÓN FÍSICA

A llenar por profesional médico matriculado a Nivel Provincial- Validez por un año.
Para ingreso escolar, actividades de Educación Física curriculares y extra curriculares.

Fecha:...../...../..... DNI Nº:.....
Apellido y Nombre.....
Fecha de Nacimiento:...../...../..... Edad..... Sexo..... Lugar de Nacimiento.....
Domicilio:..... Localidad..... Tel.....

ANTECEDENTES

1. Vacunación

	Si	No
Carnet		
Completo		

Debe completar esquema con.....

2. Antecedentes patológicos

Enfermedades importantes.....
.....
Cirugías.....
.....
Cardiovasculares.....
Traumac/alt funcional.....
Alergicos (especif).....
Oftalmológicos.....
Auditivos.....

Diabetes		Asma	
Chagas		Hipertensión	
Neurológico			

Otras:.....

3. Condiciones de riesgo.....

4. Medicamentos prescritos.....

5. Durante actividad física previa sufrió:

	Si	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

Otros:.....

EXAMEN FÍSICO

Peso..... Talla..... IMC.....

Diagnóstico antropométrico.....

Examen oftalmológico

FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMÁS DE AQUINO
INSTITUTO SUPERIOR FASTA INMACULADA CONCEPCIÓN
Red Educativa Fasta



Examen Cardiovascular	Reposo	2º Ejercicio	Recup.

Adjuntar protocolo y trazado

Auscultación.....

Arritmia.....

Soplos.....

Tensión art.....

Hago constar quese encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.....

ESTA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

Notificado

.....
Firma del padre o tutor

.....
Firma y sello del médico