



CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

FECHA:...../...../..... D.N.I.Nº:.....
 Apellido y Nombre:.....
 Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....
 Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....
 Diagnóstico Antropométrico:.....

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:.....
 Cirugías:.....
 Cardiovasculares:.....
 Trauma c/alt.funcional:.....
 Alergias(especificar):.....
 Oftalmológicos:.....
 Auditivos:.....

Diabetes Asma
 Chagas Hipertensión
 Neurológico
 Otras:.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR (CON ELECTRO)

Auscultación:.....
 Arritmia:.....
 Soplos.....
 Tensión Art:

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

COMENTARIOS/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

OBSERVACIONES

3. CONDICIONES DE RIESGO:

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precordalgias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hago constar que se encuentra en condiciones para para realizar las tareas que competen a dicha institución.

ESTA DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA INSTITUCION

NOTIFICADO
 Firma del Paciente

.....
 Firma y sello del Médico