



AGRUPACIÓN SERRANA DE BBVV DE CÓRDOBA

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		

EXÁMEN FÍSICO

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

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares:

Trauma c/alt.funcional:

Alergias(especificar):

Oftalmológicos:

Auditivos:

EXÁMEN CARDIOVASCULAR (CON ELECTRO)

Auscultación:

Arritmia:

Soplos:

Tensión Art:

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

Diabetes

Asma

Chagas

Neurológico

Otras:

Hipertensión

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

OBSERVACIONES

3. CONDICIONES DE RIESGO:

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

4.

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRÍO:

	SI	NO
Cansancio extremo.....	☐	☐
Falta de aire.....	☐	☐
Pérdida de conocimiento.....	☐	☐
Palpitaciones.....	☐	☐
Precordalgias.....	☐	☐
Cefaleas.....	☐	☐
Vómitos.....	☐	☐
Otros.	☐	☐

Hago constar que se encuentra en condiciones 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