

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

VICERRECTORADO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA - ÁREA DE SALUD

FECHA:...../...../..... D.N.I. N°:.....
 Apellido y Nombre:.....
 Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....
 Domicilio:..... Localidad:..... Teléfono:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades de relevancia:

.....
 Cirugías:
 Traumatismos:
 Alergias (especificar):
 Tóxicos:.....
 Oftalmológicos:.....
 Auditivos:.....
 Antecedentes Hereditarios:.....

Medicación habitual:.....

CONDICIONES DE RIESGO:.....

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

EXÁMEN NEUROLÓGICO

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Otros:.....

Hago constar que..... al momento de la consulta y del examen físico
 presenta buen estado general de salud y por lo tanto tiene el apto psicofísico para realizar con normalidad las
 actividades académicas propuestas en su unidad académica.

EXÁMEN FÍSICO

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

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
 Der:..... Izq.....

Usa anteojos SI ☐ NO ☐

Otros:.....

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO.....

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....

EXAMEN ODONTOLOGICO.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....
 Arritmia:.....
 Soplos.....
 Tensión Arterial:
 EXÁMEN RESPIRATORIO.....
 Saturación O2:.....
 Frecuencia Respiratoria:.....
 Auscultación:.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

Palpación:.....
 Percusión:.....
 Ruidos hidroaereos:.....
 Visceromegalias:.....