

**CONGREGACIÓN DE HERMANAS TERCARIAS MISIONERAS FRANCISCANAS
INSTITUTO "SAN ANTONIO"**

Av. Sabattini 141. Te: 0353-4521800 / 4520066

5900-Villa María – Cba.

"Paz y Bien"



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

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:/...../..... D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

| | SI | NO |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| Carnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Completo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares:

Trauma c/alt.funcional:

Alergias (especificar):

Oftalmológicos:

Auditivos:

Diabetes Asma
 Chagas Hipertensión
 Neurológico
 Otras:

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"/> |

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR:.....

EXÁMEN FÍSICO

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

Diagnóstico Antropométrico:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor

Escolar? SI NO

¿Cuál?

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der:..... Izq.....

Usa anteojos

Otros:

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....

EXAMEN ODONTOLÓGICO.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art:

EXÁMEN RESPIRATORIO.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

EXÁMEN GENITOURINARIO.....

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Hago constar que.....se 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 DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/ Tutor /a

.....
Firma y sello del Médico



INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de**

Salud de su hijo/a.

Deberá presentarse anualmente y al inicio del Ciclo Lectivo.

A) DATOS GENERAL

Fecha.....

Apellido y Nombre del Alumno:.....

D.N.I.:.....

Escuela:.....Curso:.....Turno:.....

Edad:.....Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Obra Social: **SÍ / NO** ¿Cuál?:.....

Grupo Sanguíneo.....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles?

Recibe atención médica: **SI / NO**

.....

¿Padece alguna de estas patologías?:

Alergias

Cardiovasculares

Diabetes

(arritmia, hipertensión arterial, etc.)

Neurológicas

Oftalmológica

Auditivas

(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

Toma medicación alguna **SÍ / NO**

¿Cuál es?

.....

C) ¿Padeció COVID19?

SÍ NO

¿En qué fecha?

D) Conforme a la Resolución Resolución 627/2020 art 3

GRUPOS DE RIESGO. Son considerados como grupos de riesgo, en el marco de lo dispuesto por el artículo 1° del Decreto N° 260/20, los siguientes:

I. Personas con enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo.

II. Personas con enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas.

III. Personas diabéticas.

IV. Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.

V. Personas con Inmunodeficiencias:

- Congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave
- VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable)
- Personas con medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)

VI. Pacientes oncológicos y trasplantados:

- con enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa
- con tumor de órgano sólido en tratamiento
- trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos

VII. Personas con certificado único de discapacidad.

¿Califica este alumno como persona de riesgo? SÍ NO

E) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

F) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera.

Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

D.N.I. Nº

CONGREGACIÓN DE HERMANAS TERCARIAS MISIONERAS FRANCISCANAS
INSTITUTO "SAN ANTONIO"
Av. Sabattini 141. Te: 0353-4521800 / 4520066
5900-Villa María – Cba.
"Paz y Bien"



FICHA DE EVACUACIÓN

NIVEL:..... SALA/GRADO:.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I.:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....

GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR RH:

TEL. FAMILIARES:.....

ALÉRGICO Y/O ANTECEDENTES:.....

FIRMA:..... ACLARACIÓN:.....

FECHA:/...../.....