



GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE SALUD



CORDOBA, 15 MAR 2013

VISTO: La Nota N° MS01-541226025-712 mediante la cual el Señor Secretario de 2° y 3° Nivel de Atención, propicia la implementación del Certificado Único de Salud (CUS), con el objeto de su aplicación en el ámbito de la Provincia de Córdoba.

Y CONSIDERANDO:

Que obra a fojas 1/2 de autos, el modelo de Certificado Único de Salud (CUS), seguido de un informe producido por la Secretaría de 2° y 3° Nivel de Atención de esta Cartera de Salud, en donde se deja constancia de la participación en el proyecto propuesto, de representantes de esta Jurisdicción, conjuntamente con sus pares del Ministerio de Educación y la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba.

Que se incorpora a fojas 10 y 21 de autos, informe de la Subdirección de Promoción Social y de Salud del Ministerio de Educación, el cual, luego de un prolijo análisis, avala la propuesta del CUS.

Que acordada la participación legal pertinente, se desprende la aprobación de la gestión propiciada entendiendo que la misma no colisiona con las previsiones contenidas en el Decreto N° 718/81, reglamentario en la materia de la presentación de Certificados de Salud y Vacunas para el ingreso a los distintos niveles en establecimientos educacionales.

Que el certificado de que se trata, será otorgado por organismos de salud de jurisdicción Nacional, Provincial y Municipal; Servicios Médicos de obras sociales o mutualidades; Médicos privados matriculados en la Provincia de Córdoba", tal como lo establece el Art. 3° de la norma citada, siendo responsabilidad de los Directores de establecimientos educacionales el archivo y conservación del mismo (Art. 8) del mismo cuerpo legal.

Que no se advierte contradicción alguna entre lo propuesto y lo dispuesto en la Ley Nacional n° 26.529 de Derechos del Paciente, debiéndose destacar que al momento de llenado del mismo deberá observarse rigurosamente los derechos contemplados en el artículo 2° de la misma, así como también las previsiones de la Ley Nacional n° 26.061 de Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes, artículos 3°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 17°, 20° y 24°).

Que el acuerdo obtenido respecto de que el profesional autorizado para la realización del certificado sea un médico matriculado a nivel

Provincial, deviene de un necesario correlato con lo dispuesto por la Ley 4.853, concluyendo que éste, independientemente del ámbito de desempeño, se encuentre habilitado para el ejercicio profesional en la provincia de Córdoba.

Que surge a todas luces acertada la alusión a mantener el secreto médico, deber al que expresamente alude la Ley nº 26.529. Toda información obtenida respecto del paciente se encuentra protegida por el deber de confidencialidad.

Que la autoridad ante la cual se presentará el CUS, conforme las actuales previsiones del Decreto 718/81, será la Dirección del establecimiento educativo, siendo responsabilidad de la misma su custodia (art. 8 del Decreto) y resguardo de los datos (Ley nº 25.326).

Que la medida propiciada no alcanza lo atinente al Certificado de Vacunación, por lo que, en desmedro de normativa posterior, deberá permanecerse y estarse a lo normado por el mencionado Decreto Nº. 718/81.

Que no existen óbices jurídicos que obsten a la implementación del CUS en los establecimientos de salud sujetos a jurisdicción provincial o en aquellos que, de naturaleza privada o pública se encuentran sujetos al poder de policía de la provincia de Córdoba.

Por ello, la normativa citada y lo dictaminado por la Dirección de Coordinación de Asuntos Legales del Ministerio de Educación y la Dirección de Jurisdicción de Asuntos Legales de esta Cartera Ministerial bajo los Nros. 2641/12 y 77/13, respectivamente,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE

- 1º.- APRUEBASE el CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (CUS), para el ingreso a los distintos niveles en establecimientos educacionales oficiales y privados adscriptos dependientes de la Provincia de Córdoba; cuyo detalle obra en Anexo I, el que compuesto de UNA (1) foja, forma parte integrante del presente Instrumento Legal.


GRACIELA DEL CARMEN SURIA
JEFE DE SECCION COMPILACION
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
RS COPIA FIEL

00000106



GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE SALUD



2°.- **DÉJASE** expresado que la implementación del CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD (CUS), será complemento de las disposiciones del Decreto Nro. 718/81, perteneciente a la Legislación Escolar de la Provincia de Córdoba, el que deberá adecuarse en cada caso según corresponda y de conformidad a lo manifestado en los considerandos del presente Instrumento Legal.

3°-**PROTOCOLÍCESE**, comuníquese, notifíquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese.

RESOLUCIÓN

N° 00000106

MGP

15 MAR 2013

[Handwritten signature]
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

[Handwritten signature]
JEFE DE SECCION COMPILACION
MINISTERIO DE SALUD

[Handwritten signature]
GRACIELA DEL CARMEN SORIA
JEFE DE SECCION COMPILACION
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL



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. 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:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares
Trauma c/alt.funcional:
Alérgicos (especif)
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"/> |

EXÁMEN FÍSICO

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

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual
Der:..... IZQ:.....

| | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| Usa anteojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLÓGICO

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....
Arritmia:.....

Soplos.....
Tensión Art

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

EXÁMEN GENITOURINARIO

Menarca.....
Tumor.....

EXAMEN ENDOCRINOLÓGICO

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.
Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

RACIELA DEL CARMEN SORIA
JEFE DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
ES. COPIA FIEL

**SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O
DERIVACIONES. (Adjuntar informes)**

SE RECOMIENDA

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

.....
Firma y sello del Médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

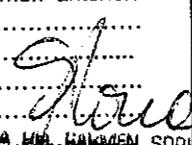
ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico


 GRACIELA M. LAMMEN SORIA
 JEFE DE SERVICIO COMPILACION
 AREA DE DESPACHO
 MINISTERIO DE SALUD
 ES COPIA FIEL

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.
 Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
 Firma del padre/tutor Firma y sello del médico

