



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Instrucciones al médico

Utilizar letra legible (letra de molde). El médico examinará al estudiante y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentra.

Condiciones Físicas

Oídos _____

Piernas _____

Ojos _____ usa espejuelos: si ___ / no ___

Necesidades especiales _____

Enfermedades, cirugías y tratamientos: _____

Padece el niño(a) de:

	SÍ	NO	N/A	Tratamientos, médicos y terapias
Epilepsia				
Asma				
Alergias				
Diabetes				
Hipoglucemia				
Úlceras gástricas/gastritis				
Condiciones cardiacas				
Dermatitis				
Problemas neurológicos				
a. Habla				
b. Motor				
c. ADDH				
Otras condiciones				
Cirugías (especifique)				
Otros				

CERTIFICACIÓN MÉDICA (continuación)

Datos del Estudiante:

Peso: _____

Estatura: _____pies _____pulgadas

Color de ojos: _____

Color de Pelo: _____

Certifico que el/la estudiante: _____

se encuentra en buen estado de salud y no padece de ninguna enfermedad infecciosa ni contagiosa.

En la clase de **Educación Física:**

_____ puede participar de todas las actividades.

_____ debe abstenerse de algunas actividades. Especifique.

_____ NO debe participar de la clase de Educación Física. Especifique.

Comentarios (si alguno): _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

No. Licencia: _____