



# ACADEMIA SAN JORGE

*Providing a Catholic Education since 1925*

Accredited by: The Middle States Association of Colleges & Schools • The General Council of Education • Affiliated with the Sup. of Catholic Schools of San Juan

## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre 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 cardíacas				
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 Ojos \_\_\_\_\_

Color 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 \_\_\_\_\_