



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 _____