AÑO ESCOLAR 2018-2019
CERTIFICACIÓN MÉDICA

Instrucciones al médico:

Favor utilizar letra legible (letra de molde). Examinará al estudiante y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentra.

Datos del Estudiante:

Nombre: _____

Sexo: _____

Estatura: _____pies _____ pulgadas

Color de Ojos: _____

Color de Pelo: _____

Condiciones Físicas:

Oídos: _____

Piernas: _____

Ojos:_____

Usa espejuelos: ___si ___no

Anormalidades defectos físicos: _____

Enfermedades, cirugías y tratamiento. Padece el niño(a) de:

	SI	***NO***	***N/A***	***TRATAMIENTO MÉDICOS Y/O TERAPIAS***
Epilepsia				
Asma				
Alergias nasales				
Reacción adversa				
Diabetes				
Hipoglicemia				
Ulceras gástricas / gastritis				
Condiciones Cardiacas				
Dermatitis				
Problemas Neurológicos				
a. Habla				
b. Motor				
c. ADDH				
Otras condiciones:				
Cirugías (Especifique)				

Certifico que el 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:_____

_____

Nombre del Médico: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Número de licencia _____