



# COLEGIO SANTIAGO APÓSTOL

¡Donde Educamos Mente y Corazón!

Calle 23 Bloque 23 Núm. 17 Urb. Sierra Bayamón, Bayamón, Puerto Rico 00961  
Tel: (787) 786-9179 Fax (787) 269-3965 colegiosantiagoapostol66@gmail.com



## CERTIFICADO MÉDICO

### Información del Estudiante

	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Grado	Género	Edad

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre

Dirección Residencial

Dirección Postal

### Evaluación Médica

	libras	pies	pulgadas		
Peso	Estatura	Presión arterial	Pulso		

### Agudeza visual

### Audición

Ojo derecho	Ojo izquierdo	Ambos ojos	

Evaluación	Normal		Comentarios
	Sí	No	
Oídos, nariz y garganta			
Dentadura			
Piel			
Corazón			
Pulmones			
Piernas y Brazos			
Espalda			

### Equipo Especial

<input type="checkbox"/> ¿Usa espejuelos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Usa lentes de contactos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ¿Usa marcapasos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Usa prótesis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ¿Usa puentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Usa aparato ortopédico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otros			

Explique: \_\_\_\_\_

### Alergias

Marque Sí o No padece o ha padecido

<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otros			

Explique: \_\_\_\_\_

### Dieta Especial\*

Explique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*Los padres del estudiante deberán entregar en la oficina del Colegio, la orden del nutricionista con las especificaciones de la dieta a seguir para conocimiento del comedor escolar.*

### Historial/Condiciones de Salud

Marque Sí o No padece o ha padecido

Epilepsia, convulsiones, mareo o cualquier condición que cause estado de inconsciencia  Sí  No  
Especifique: \_\_\_\_\_

Enfermedad mental o emocional  Sí  No  
Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?  Sí  No  
Especifique: \_\_\_\_\_

Asma  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Hipoglucemia  Sí  No

Escoliosis  Sí  No

Gastritis  Sí  No

Bronquitis  Sí  No

Hipertensión  Sí  No

Migraña  Sí  No

Fracturas  Sí  No

Sinusitis  Sí  No

Otros

Explique: \_\_\_\_\_

### Clase de Educación Física

Marque Sí o No padece o ha padecido

Limitación física para participar en la clase de Educación Física  Sí  No  
De contestar afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

Recomendaciones sobre el tipo de actividad que puede llevar a cabo, si alguna  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medicamentos/Tratamiento

Especificar tratamiento y/o medicamentos que se administra a diario, dosis y frecuencia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Certificación

El que suscribe certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico, que ha examinado al estudiante arriba mencionado y certifica que dicho estudiante  está  no está físicamente y mentalmente en buen estado de salud.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Licencia del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha de la evaluación