



Certificado Médico

Nombre y apellido _____ Fecha _____

Grado _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ (mes/día/año)

I. Lista de condiciones médicas, alérgicas, operaciones u otros

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

II. Lista de alguna restricción que afecte el trabajo en la escuela:

1. Algún medicamento que el niño(a) este tomando: _____
 2. Algún medicamento importante que el niño(a)deba tomar durante el periodo escolar _____
 3. Usa espejuelos, "braces", etc. _____

III. Tiene el record de vacunas al día _____ Si _____ No _____

IV. Examen Físico

Estatura		Peso	
Apariencia General		Peso y pulmones	
Ojos		Corazón	
Visión con espejuelos R		Abdomen	
Visión sin espejuelos L		Genitales	
Color Visión		Extremidades	
Audición R		Piel	
L		Postura, Espina	
Dientes y encías		Coordinación	
Nutrición		Presión arterial	
Cráneo, cabeza, cuello		Neurología	
Oídos		Físico y Emocional	
Nariz		Otro	

V. Diagnóstico y Recomendaciones: _____

VI. Se recomienda actividades físicas y atléticos: _____ Tiempo completo
 _____ Tiempo Limitado

Si es tiempo limitado, explicar: _____

Médico _____
 Nombre en letra de moide

_____ firma

_____ #licencia