

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Estatura _____ Peso _____ Presión _____

EVALUACIÓN FÍSICA

Oídos _____ Abdomen _____

Ojos _____ Extremidades _____

Nariz _____ Corazón _____

Garganta _____ Pulmones _____

¿Existe alguna condición de salud que requiera cuidado especial? SI _____ NO _____

Especifique, _____

¿El estudiante tiene las vacunas al día? SI _____ NO _____

Vacunas pendientes:

¿El estudiante utiliza espejuelos? SI _____ NO _____

¿El estudiante padece de alguna condición que le impida llevar a cabo la clase de Educación Física? SI _____ NO _____

Especifique, _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre: _____ #Licencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Esta información deberá ser completada por un médico debidamente certificado y con licencia de trabajo en Puerto Rico

*****VÁLIDO POR UN AÑO*****