



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

Año Escolar 2026-2027

Información del Estudiante

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

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre
------------------	------------------	--------	----------------

Dirección Residencial

Dirección Postal

Evaluación Médica

Peso	libras	pies	pulgadas	Presión arterial	Pulso
------	--------	------	----------	------------------	-------

Agudeza visual

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

¿Usa espejuelos? Sí No
¿Usa marcapasos? Sí No
¿Usa puentes? Sí No

¿Usa lentes de contactos? Sí No
¿Usa prótesis? Sí No
¿Usa aparato ortopédico? Sí No

Otros

Explique: _____

Alergias

Marque Sí o No padece o ha padecido

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

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
Especifique:

Sí No

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