



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

	<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
Especifique:

☐ Sí ☐ No

Enfermedad mental o emocional
Especifique:

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?
Especifique:

☐ Sí ☐ No

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
De contestar afirmativo, especifique:

☐ Sí ☐ No

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