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

	☐ Femenino ☐ 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

¿Usa espejuelos? ☐ Sí ☐ No
¿Usa lentes de contactos? ☐ Sí ☐ No
¿Usa marcapasos? ☐ Sí ☐ No
¿Usa prótesis? ☐ Sí ☐ No
¿Usa puentes? ☐ Sí ☐ No
¿Usa aparato ortopédico? ☐ Sí ☐ No

☐ Otros

Explique: _____

Alergias

Marque Sí o No padece o ha padecido

Medicamentos ☐ Sí ☐ No
Alimentos ☐ Sí ☐ 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 ☐ Sí ☐ No
Especifique:

_____

Enfermedad mental o emocional ☐ Sí ☐ No
Especifique:

_____

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? ☐ Sí ☐ No
Especifique:

_____

Asma	☐ Sí ☐ No	Bronquitis	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Hipertensión	☐ Sí ☐ No
Hipoglucemia	☐ Sí ☐ No	Migraña	☐ Sí ☐ No
Escoliosis	☐ Sí ☐ No	Fracturas	☐ Sí ☐ No
Gastritis	☐ 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