

**COLEGIO SAN JOSÉ  
CAGUAS, PUERTO RICO  
CURSO ESCOLAR 2016 - 2017**

**FORMA 7**

**CERTIFICADO MÉDICO**

Se requiere que el médico certifique el estado de salud del estudiante.  
Por la presente certifico que el paciente \_\_\_\_\_  
del grado \_\_\_\_\_.

Se encuentra:  excelente  en condición  no condición  
Sus vacunas se encuentran:  al día  con restricciones

sin restricciones  en progreso

Puede realizar actividades físicas:  si (sin restricciones)  si (con restricciones)

no. Explique: \_\_\_\_\_

Indique si padece de las siguientes condiciones:

SI	NO	CONDICION	EXPLIQUE
		Alergia	
		Asma	
		Diabetes	
		Alta Presión	
		Condición Cardíaca	
		Hipoglucemia	
		Dolores de Cabeza	
		Oídos - Sinusitis	
		Condición Muscular - Esquelética	
		Problemas de Menstruación (Sólo Niñas)	
		Cáncer	
		Condición de Aprendizaje	
		Convulsiones	
		Hepatitis	
		Tiroides	
		Condición Renal	
		Condición Nerviosa y/o Emocional	
		Operaciones	
		Desorden de Sueño	
		Condiciones Digestivas	
		Lesiones - Lastimaduras	
		Enfermedad seria	
		Otra	

Medicamento que toma diariamente \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Razón para el Uso: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ # Lic: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ESTA HOJA DEBIDAMENTE FIRMADA DEBE SER ENTREGADA  
AL MAESTRO DE SALÓN HOGAR EN LA PRIMERA SEMANA DE CLASES.**