



CERTIFICADO MEDICO / MEDICAL CERTIFICATE

Un examen médico por su doctor de confianza, es necesario para el bienestar y seguridad del niño y para el conocimiento adecuado por parte del Centro/Escuela. Es requisito tener el certificado médico de cada estudiante al día antes de comenzar el año escolar, por lo que su doctor debe llenar este formulario luego de examinar a su niño(a) / *A health examination by your family doctor is important to your child's welfare and security and to adequate knowledge for the Center/School. It is requisite to have medical certificate from every student, which should be updated, before the beginning of the academic year. Therefore, your doctor should complete the form when your child is examined.*

Nombre del Estudiante / *Student's Name:* _____

Edad / *Age* _____ Grupo-Grado / *Group-Grade:* _____

Peso Actual / *Actual Weight:* _____ Estatura Actual / *Actual Height:* _____

Fecha del examen médico / *Date of health examination:* _____

- ¿Tiene el alumno alguna condición que limite su: / *Does the student have any condition that limits:*
❖ Actividad en el salón de clase? / *Classroom activities?* Sí/Yes () No ()
❖ Educación Física? / *Physical Education?* Sí/Yes () No ()
- ¿Tiene alguna condición de visión, audición o habla? / *Is there any vision, hearing or speech deficit?* Sí/Yes () No ()
Si contesta Sí, describa / *If your answer is Yes, describe:* _____
- ¿Tiene alguna condición emocional, mental o física para lo cual necesite un tratamiento periódicamente? / *Does the child have any emotional, mental or physical condition that needs periodic treatment?* Sí/Yes () No ()
Si contesta Sí, describa / *If your answer is Yes, describe:* _____
- ¿Tiene alguna condición que pueda resultar una emergencia en el salón de clase (Epilepsia, desmayos, diabetes) / *Does the child have any special condition that may result in a classroom emergency (Epilepsy, fainting or diabetes)* Sí/Yes () No ()
Si contesta Sí, describa / *If your answer is Yes, describe:* _____
- ¿Tiene el alumno sus vacunas al día? / *Are the child's immunizations up to date?* Sí/Yes () No ()
Si contesta Sí, describa / *If your answer is Yes, describe:* _____
- Hay alguna razón para sospechar algún problema académico / *Is there any reason to suspect an academia problem?* Sí/Yes () No ()
Si contesta Sí, describa / *If your answer is Yes, describe:* _____
- Comentarios adicionales / *Additional comments:* _____

Nombre del Doctor / *Doctor's Name:* _____

Dirección del Doctor / *Doctor's Address:* _____ Tel. / *Ph:* _____

Firma del Doctor / *Doctor's Signature:* _____ Núm. Licencia / *License Number:* _____