



ESCUELA LUIS A. FERRÉ

Calle Carazo 64, Guaynabo, PR 00969
PO Box 1059, Guaynabo, PR 00970

787-708-7302 • 787-720-5246 • Correo Electrónico: elaf.acad@gmail.com • Página Web: <https://elaf-a.org/>

ACREDITADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADO Y MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN DE ESCUELAS PRIVADAS

CERTIFICACIÓN MÉDICA (2024-2025)

Utilizar letra legible (letra de molde). El médico examinará al estudiante y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que encuentra.

Nombre Estudiante: _____ Grado _____

Fecha: _____ Edad: _____

Condiciones Físicas

Oídos _____

Piernas _____

Ojos _____

Usa espejuelos: sí / no

Necesidades Especiales _____

Enfermedades, cirugías y tratamientos.

Padece el niño(a) de:	SÍ	NO	N/A	Tratamientos médicos y terapias
Epilepsia				
Asma				
Alergias				
Diabetes				
Hipoglucemia				
Úlceras gástricas/gastritis				
Condiciones cardíacas				
Dermatitis				
Problemas neurológicos				
a. habla				
b. motor				
c. ADDH				
Otras condiciones				
Cirugías (Especifique)				

Datos del Estudiante:

Peso _____ Estatura _____ pies _____ pulgadas Color Ojos _____ Color Pelo _____

Certifico que el/la estudiante antes mencionado se encuentra en buen estado de salud y no padece de ninguna enfermedad infecciosa ni contagiosa.

En la clase de *educación física*:

- Puede practicar todas las actividades.
- Debe abstenerse de algunas actividades, especifique: _____
- No debe participar de la clase de educación física, especifique: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. LICENCIA _____

Ponche o Sello