

HIGH ACHIEVEMENT CHRISTIAN SCHOOL  
CERTIFICACIÓN MÉDICA  
2024 – 2025

YO \_\_\_\_\_ PADRE O ENCARGADO DEL ESTUDIANTE  
\_\_\_\_\_ AUTORIZO AL DR.(A) \_\_\_\_\_

A COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA SOBRE MI HIJO(A)  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

-----  
CERTIFICO QUE SOY EL MÉDICO Y/O PEDIATRA DEL ESTUDIANTE:

\_\_\_\_\_  
CERTIFICO QUE EL ESTUDIANTE NO PADECE DE NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU DESEMPEÑO ESCOLAR Y QUE PODRÁ REALIZAR CON NORMALIDAD CUALQUIER ACTIVIDAD APROPIADA PARA SU EDAD INCLUYENDO CUALQUIER EJERCICIO REQUERIDO EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

\_\_\_\_\_  
CERTIFICO QUE EL ESTUDIANTE PADECE DE

\_\_\_\_\_  
DENTRO DE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR EL ESTUDIANTE DEBERÁ TENER (favor anotar cualquier medicamento o equipo necesario)

\_\_\_\_\_  
EN CASO DE EMERGENCIA EL NÚMERO DE MI OFICINA ES: \_\_\_\_\_.  
EN CASO DE NECESIDAD DE TRASLADO DEBERÁ SER LLEVADO AL HOSPITAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_