



Calle Degetau, 1118, Urb. América,
Río Piedras, P.R., 00923

Tel/Fax: 787-763-4655
E-mail: colegiogiseland@gmail.com

HISTORIAL Y CERTIFICACIÓN

MÉDICA

Año Escolar 2021-2022

PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO:

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

1. Alergias o reacciones a medicamentos:

2. Padecimientos actuales:

3. Medicación actual (si alguna):

4. ¿Tiene alguna condición o impedimento físico o mental?

CERTIFICACIÓN MÉDICA:

Yo, _____, doctor en medicina, certifico que he examinado a _____ y que, según mi examen, se encuentra en perfectas condiciones de salud para participar del curso escolar.

Limitaciones:

Nombre del Médico (en letra de molde)

Firma del médico, número de licencia y sello estampado

Teléfono

Fecha