

COLEGIO FOSTERLAND



CERTIFICADO MÉDICO

Este documento es obligatorio para el seguro médico del alumno. Este documento será llenado únicamente por un médico. En caso de proporcionar información falsa el Colegio no tendrá ninguna responsabilidad legal. Es importante mencionar que los datos presentados en este certificado médico, no influirán en la admisión del solicitante. Favor de llenar todos los campos, de lo contrario no tendrá validez el presente certificado.

Nombre(s): _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento _____ Sexo: () M () F

Tipo de Sangre: _____ Fecha actual: _____

HISTORIA PERSONAL

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha presentado crisis epilépticas?			7. ¿Es alérgico? Especifique _____		
2. ¿Ha presentado crisis asmáticas?			8. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha perdido el conocimiento?		
3. ¿Ha sido diagnosticado con Hiperactividad?			9. ¿Ha sido diagnosticado con THDA?		
4. ¿Usa lentes?			10. ¿Cuándo fue su última revisión de la vista?		
5. ¿Ha estado hospitalizado durante el último año? Motivo _____			8. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico? ¿Cuál y para qué? _____		
6. ¿Ha tenido una cirugía, enfermedades o lesión médica seria? ¿Cuál? _____			9. ¿Tiene alguna limitación física? ¿Cuál? _____		

EXAMEN FÍSICO

Peso:	Extremidades:
Estatura:	Abdomen:
T.A.:	Corazón:
F.C.:	Otros:
F.R.:	Recomendaciones:

Certifico haber examinado al menor, de lo mencionado anteriormente, y lo considero apto para continuar sus estudios y actividades físicas.

Nombre: _____

Cédula profesional: _____ Firma _____