

Colegio Dr. Roque Díaz Tizol

PO BOX 428, Yabucoa, Puerto Rico 00767

Teléfonos: (787) 893-1205 E-mail: info@cosey.org



Certificado Médico

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Edad: _____

Peso: _____

Condición de Salud del Estudiante: _____

Problemas de Visión: _____ Sí _____ No

Problemas de Audición: _____ Sí _____ No

Es alérgico: _____ Sí _____ No

Si es alérgico, por favor, informar a qué: _____

Necesita dieta especial: _____ Sí _____ NO

Si necesita dieta especial, el paciente deberá traer una dieta escrita por un nutricionista.

Limitaciones para hacer ejercicios o practicar deportes: _____ Sí _____ No

Si contesto sí, favor de indicar limitaciones: _____

Comentarios adicionales sobre aspectos de salud que se deben considerar: _____

Nombre Dr. / Dra.: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Firma: _____ Lic. _____



Estudiante de Primero a Superior
Año Escolar: _____ - _____

Fecha: _____

Estudiante: _____ Edad: _____

Grado que completó: _____ Escuela de Procedencia: _____

Teléfono: _____ Dirección Postal: _____

Tiempo que estudió en la escuela: _____ Distrito: _____

Característica	Excelente	Bueno	Regular	Pobre
1. Asistencia diaria a la escuela y salones.				
2. Puntualidad en las clases.				
3. Comportamiento en el salón.				
4. Comportamiento en el patio.				
5. Comportamiento con los maestros.				
6. Responsabilidad con el trabajo escolar.				
7. Actitud hacia las actividades escolares.				
8. Compromiso del padre con la escuela.				
9. Capacidad para trabajar solo.				
10. Capacidad para trabajar en equipo.				
11. Respeto hacia los demás.				
12. Calidad del trabajo académico.				
13. Conducta General.				
14. Su trabajo en matemática es...				

¿Tuvo que intervenir con el/la estudiante? _____ si _____ no

¿Por qué razón? _____

Recomendación(es) que pueda hacernos para ayudar al estudiante

Maestro/a de Matemáticas

Fecha



Estudiante de Primero a Superior

Año Escolar: _____ - _____

Fecha: _____

Estudiante: _____ Edad: _____

Grado que completó: _____ Escuela de Procedencia: _____

Teléfono: _____ Dirección Postal: _____

Tiempo que estudió en la escuela: _____ Distrito: _____

Característica	Excelente	Bueno	Regular	Pobre
1. Asistencia diaria a la escuela y salones.				
2. Puntualidad en las clases.				
3. Comportamiento en el salón.				
4. Comportamiento en el patio.				
5. Comportamiento con los maestros.				
6. Responsabilidad con el trabajo escolar.				
7. Actitud hacia las actividades escolares.				
8. Compromiso del padre con la escuela.				
9. Capacidad para trabajar solo.				
10. Capacidad para trabajar en equipo.				
11. Respeto hacia los demás.				
12. Calidad del trabajo académico.				
13. Conducta General.				
14. Su trabajo en inglés es...				

¿Tuvo que intervenir con el/la estudiante? _____ si _____ no

¿Por qué razón? _____

Recomendación(es) que pueda hacernos para ayudar al estudiante

Maestro/a de Inglés

Fecha



Estudiante de Primero a Superior

Año Escolar: _____ - _____

Fecha: _____

Estudiante: _____ Edad: _____

Grado que completó: _____ Escuela de Procedencia: _____

Teléfono: _____ Dirección Postal: _____

Tiempo que estudió en la escuela: _____ Distrito: _____

Característica	Excelente	Bueno	Regular	Pobre
1. Asistencia diaria a la escuela y salones.				
2. Puntualidad en las clases.				
3. Comportamiento en el salón.				
4. Comportamiento en el patio.				
5. Comportamiento con los maestros.				
6. Responsabilidad con el trabajo escolar.				
7. Actitud hacia las actividades escolares.				
8. Compromiso del padre con la escuela.				
9. Capacidad para trabajar solo.				
10. Capacidad para trabajar en equipo.				
11. Respeto hacia los demás.				
12. Calidad del trabajo académico.				
13. Conducta General.				

¿Tuvo que intervenir con el/la estudiante? _____ si _____ no

¿Por qué razón? _____

Recomendación(es) que pueda hacernos para ayudar al estudiante

Director/a

(Es necesario firma del director/a.)

Fecha