

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. _____