



Academia Maria Reina
Departamento de Servicios Estudiantiles

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Núm. Récord: _____

Edad: _____ Peso: _____

Estatura: _____ Pulso: _____

Historial de Alergias: _____

Historial de Enfermedades: _____

Certifico que _____ fue examinada el día

_____, al presente su examen físico demuestra excelente condición de salud.

No hay evidencias de enfermedades infecciosas. Puede participar en actividades que envuelvan esfuerzo físico.

Firma del Médico

Licencia