

EVALUACIÓN MÉDICA

Apellido Paterno Apellido Materno Primer Nombre Segundo Nombre

Estatura: _____ Peso: _____ Presión: _____ Pulso: _____

Visión ambos ojos: _____ Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____

Si usa lentes, visión corregida: _____

Presencia de hallazgos cardiacos: _____

Implicación para actividad escolar: _____

Tiroides: _____ Abdomen: _____

Pulmones: _____ Condiciones genéticas: _____

Músculo esqueleta: Escoliosis ____ Si ____ No Severidad: _____

Deformidad: ____ Si ____ No Severidad: _____

Tono muscular apropiado: ____ Si ____ No Severidad: _____

¿Existe historial o evidencia en el examen físico que impida la participación del estudiante en las actividades usuales de **Educación Física y/o actividades deportivas**? ____ Si ____ No

Explique: _____

¿Hay historial de hematuria o proteinuria persistente? ____ Si ____ No

Permiso para administrarle el Acetaminophen 500mg tabletas en caso de que el estudiante así lo requiera. ____ Si ____ No

Certifico que he examinado al paciente _____ y que se encuentra en perfecta condición de salud, que está libre de condiciones infectocontagiosas y que puede participar en actividades propias para su salud.

_____ Firma del Padre/Madre o Encargado	_____ Fecha
_____ Firma del médico y licencia	_____ Fecha