



*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