



**CAP CANA HERITAGE SCHOOL**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**  
**(2025-2026)**

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	GRADO:
MI HIJO TIENE SEGURO MÉDICO: SI ( ) NO ( )	ASEGURADORA/PÓLIZA:
NOMBRE DE MÉDICO DE CABECERA/PEDIATRA:	TELÉFONO/ CELULAR:

**EXAMEN FÍSICO**

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ PRESIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_

REVISION POR SISTEMAS:	
GENERAL:	
CABEZA:	
CORAZÓN:	
TORAX:	
ABDOMEN:	
GENITOURINARIO:	
EXTREMIDADES:	
NEUROLÓGICO:	
OTROS:	

**Considero que este estudiante se encuentra en condiciones físicas aptas para participar en cualquiera actividad de la escuela:**

S ( ) N ( )

Si la indicación es "No," favor detallar cualquier restricción:

---

---

**Certifico que este estudiante está completamente inmunizado/a contra la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, parotiditis, hepatitis A y B, Meningococo y rubéola.** S ( ) N ( )

**Anexar copia del record de vacunación actualizado a la fecha de entrega de este documento.**

**CCHS no se hace responsable por riesgos elevados asociados por falta de vacunación.**

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud.

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Exequatur \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección trabajo: \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_