



CAP CANA HERITAGE SCHOOL
FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE
(2026-2027)

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 _____