



Western TaeKwon-Do Academies

Calle Carbonell # 53 Altos Cabo Rojo, P.R 00623 Tel. (787) 519-6946 / (787) 908-7182

"Pateando Contra Las Drogas Y El Alcohol"

Certificación Médica

1. Datos sobre el solicitante

Nombre: _____
a) Peso _____ b) Estatura _____ c) Edad _____
d) Problemas cardiacos _____ e) Problemas Respiratorio _____
f) Presión Arterial _____
Dirección: _____
Nombre madre: _____ Nombre del Padre: _____
Teléfono: _____ / _____ / _____
Persona a llamar en caso de emergencia: _____ Tel. _____
Parentesco: _____

2. Información más reciente

Operaciones o lesiones más recientes: _____
Enfermedad más reciente: _____
Restricciones en la dieta: _____
Alergias: _____
Esta tomando algún medicamento: _____
Condición Física: _____

3. Condiciones Físicas y /o mentales del solicitante:

a) Ojos _____ b) Oídos _____
c) Orina _____ d) Reflejos _____
e) Dientes _____ f) amígdalas _____
g) Visión _____ h) Pulmones _____
i) Piernas _____ j) Brazos _____
k) Anormalidades, defectos físicos o mentales: _____

4. Historial de enfermedades y/o condiciones: _____

Vacunas:

Polio _____ Viruelas _____ Tétano _____ Tosferina _____ T.B _____

Difteria _____ Otras: _____

Sufre el niño(a) de alergias, asma, catarros, frecuentes, deficiencia de vitamina, etc.

Recomendaciones especiales: _____

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha profesión (esta) _____ (no esta) _____ física y mentalmente capacitada para participar en deportes físicos, pasivos y de contacto.

Seguro Medico con que cuenta: _____

Fecha de Examen

Nombre y Firma del Medico - # Licencia