

ASUNCION CHRISTIAN ACADEMY

Av. Santísimo Sacramento 1180
 Asunción, Paraguay
 Tel: 011-595-21-604-378
 academicsec@aca.edu.py



FE012S

EXAMEN MEDICO DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____

Padre o Encargado: _____ Teléfonos: _____

A. EXAMEN FISICO

Marque con una X lo que corresponda.

Área Examinada	Normal	Anormal o Necesita Seguimiento	No se hizo	Comentarios
Piel/Cuero Cabelludo				
Nutrición				
Neurológico				
Ortopedia/Columna y extremidades				
Ojos				
Agudeza Visual				
Oídos				
Agudeza Auditiva				
Capacidad de Hablar				
Nariz, Garganta y Boca				
Encías y Dientes				
Alergias				

B. SALUD GENERAL

Marque con una X lo que corresponda

Condición	NO	SI	Comentarios
Problema emocional, mental o de comportamiento			
Impedimento Físico – Actividad Limitada			
Necesita Restricción (especifique grado y duración)			
Diabetes			
Asma			
Medicación			
Otros problemas de salud (especifique)			

C. CERTIFICACIONES MEDICAS

Certifico que he examinado a el/la niño/a _____ y que el/la mismo/a puede, en mi opinión, ser admitido en el colegio Asunción Christian Academy. SI NO

D. REGISTRO DE VACUNAS

Tipo de Vacuna	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Tipo de Vacuna	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
DPT					MMR				
DT / Tétano					Otro				
Polio (Triple)					Otro				

Nombre del Medico: _____ Firma: _____

Teléfonos: _____