



**Colegio de la Divina Misericordia N° 8023**  
Caseros 1030 – Tel. 0387-4312051 – EMAIL [divinamisericordia@uolsinectis.com.ar](mailto:divinamisericordia@uolsinectis.com.ar)

## CERTIFICADO DE SALUD 201...

Resolución Ministerial N° 1647

Certifico que ..... DNI N° ..... de ..... años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las ..... hs., encontrándose en condiciones de concurrir a .....

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

Esquema de vacunación:            Completo                             Incompleto

Peso .....                            Talla .....                            T/A .....

Observaciones .....

Salud Bucal:                            Buena                             En tratamiento

Firma del Padre/Madre  
o Responsable Legal  
DNI N° .....

Firma del Odontólogo  
Fecha...../...../.....

Firma del Pediatra  
Fecha...../...../.....

## CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR 201...

Resolución Ministerial N° 1647

Certifico que ..... DNI N° ..... de ..... años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las ..... hs., encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la Educación Física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

Esquema de vacunación:            Completo                             Incompleto

Peso .....                            Talla .....                            T/A .....

Observaciones .....

Salud Bucal:                            Buena                             En tratamiento

Firma del Padre/Madre  
o Responsable Legal  
DNI N° .....

Firma del Odontólogo  
Fecha...../...../.....

Firma del Pediatra  
Fecha...../...../.....