



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

PO Box 1411
Juana Díaz, PR 00795

CERTIFICADO MÉDICO

EXAMEN DE LA VISTA

Certifico que el (la) joven _____ de _____ años de edad ha sido evaluado (a) en mi consultorio.

___ No necesita espejuelos. No presenta ninguna condición visual.

___ Necesita espejuelos. Presenta la (s) siguiente (s) condición (es).

- _____
- _____
- _____

Nombre del doctor (letra de molde)

Número de Licencia

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Pueblo