



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: __ Masculino __ Femenino

Nombre del padre, madre y/o encargado del niño(a): _____

Teléfono: _____

RECOMENDACIONES MÉDICAS (esta parte tiene que ser llenado por el médico del niño).

Favor de llenar lo siguiente: _____ Presión arterial _____ Peso _____ Estatura _____

He examinado al niño(a) _____, en mi opinión el participante:

☐ PUEDE PARTICIPAR ☐ NO PUEDE PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DEL CAMPAMENTO.

El niño(a) está bajo cuidado médico por las siguientes condiciones _____

Se debe seguir el siguiente tratamiento durante el campamento: _____ y se deben suministrar los siguientes medicamentos con las siguientes instrucciones: _____

El niño(a) debe seguir durante el campamento el siguiente plan de comidas: _____

El niño(a) es alérgico a los siguientes medicamentos: _____

El niño(a) tiene las siguientes limitaciones o restricciones durante el campamento: _____

Favor de incluir información adicional sobre el cuidado de la salud del niño durante el campamento: _____

Firma del Médico: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Número de licencia del Médico: _____

Teléfonos: _____

Dirección: _____