



## CERTIFICADO MEDICO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Padre o encargado \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia notificar a \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Historial Médico: marque las que apliquen dando fechas aproximadas

Catarros Frecuentes _____	Desmayo _____	Convulsiones _____	Paperas _____
Dolor de Garganta frecuente _____	Malestar Estomacal _____	Pie de atleta _____	Tos Ferina _____
Sinusitis _____	Estreñimiento _____	Varicela _____	Poliomielitis _____
Absceso en oídos _____	Problemas de Riñón _____	Sarampión _____	Fiebre Reumática _____
Bronquitis _____	Problemas Cardíacos _____	Sarampión Alemán _____	Tuberculosis _____
La niña ha menstruado _____	Se le ha hablado sobre la menstruación _____		Diabetes _____

Envenenamiento con hiedra, roble o zumaque \_\_\_\_\_ Operaciones o heridas graves \_\_\_\_\_  
 Reacciones alérgicas: Picadas de abeja \_\_\_\_\_ Penicilina \_\_\_\_\_ Otros Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Detalle sobre lo anteriormente expuesto o información adicional \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna actividad específica que se deba estimular? \_\_\_\_\_ ¿Restringir? \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

Favor de informar si el niño ha estado expuesto tres semanas antes de participar en el campamento a alguna enfermedad transmisible.

Sugerencia de los padres \_\_\_\_\_

En caso de emergencia médica, yo entiendo que todo esfuerzo posible será hecho para contactar a los padres o encargados de los participantes. En caso que no se pueda localizar, yo doy permiso al médico escogido por el Director del Campamento a que hospitalice, le brinde tratamiento necesario y apropiado, ordene medicamentos inyectables, anestesia o cirugía a mi hijo (a), de epígrafe.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre o encargado \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO MEDICO

Tiene que ser llenado por un médico con licencia. Estará acompañado por el certificado de vacunas.

**CODIGO**      V - Satisfactorio      X - No Satisfactorio (explique)

Hgt _____	Extremidades _____
Wt _____	Postura (Columna vertebral) _____
Ojos _____	Piel _____
Españuelos _____	Alergias –Favor de especificar _____
Oídos _____	_____
Nariz _____	_____
Garganta _____	Historial de menstruación _____
Dentadura _____	Impresión General _____
Corazón _____	_____
Pulmones _____	_____
Abdomen _____	_____

Recomendaciones y restricciones (dieta, medicina, natación, etc.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vacunas**

D.P.T. _____	"booster" _____	Fecha _____	*Tetano "booster" _____	Fecha _____
Polio _____	"booster" _____	Fecha _____	Sarampión _____	Fecha _____
Tífus _____	"booster" _____	Fecha _____		

**\*Es importante saber la fecha del último "booster" de Tétano.**

Médico \_\_\_\_\_ Firma Médico \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Núm. Licencia \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Acampante

**SOLO PARA USO DEL CAMPAMENTO**

Grupo