

# Certificado Médico del Campista

## Villa Campestre Campamento de Verano

### 787-731-6799

Nombre del Campista	Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de seguro social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre encargado del niño(a):	Teléfono:	
Lugar y dirección del trabajo:	Teléfono del trabajo:	
Nombre del segundo padre encargado:	Teléfono:	
Lugar y dirección del trabajo:	Teléfono del trabajo:	
Si no estuviera ninguno de los padres disponible, favor llamar a:		
Nombre:	Relación con el 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 o  no puede participar de las actividades del **Campamento de Verano de Villa Campestre**. 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: \_\_\_\_\_

Título del Médico: \_\_\_\_\_ Número de licencia del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_