



CERTIFICADO MEDICO:

Este certificado deberá ser completado y enviado al representante con máximo 30 días de anticipación a la fecha de salida del participante.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ No. Póliza: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, localizar a :

\_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Domicilio actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el participante presenta algunos de los siguientes casos, por favor de marcar dentro del paréntesis:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASMA   | <input type="checkbox"/> RUBEOLA                     |
| <input type="checkbox"/> VARICELA   | <input type="checkbox"/> PAPERAS                     |
| <input type="checkbox"/> ENURESIS   | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA            |
| <input type="checkbox"/> RESFRIADOS CONSTANTES                            | <input type="checkbox"/> EFERMEDADES ESTOMACALES     |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE DE HENO                                   | <input type="checkbox"/> CAMINAR DORMIDO             |
| <input type="checkbox"/> PATOLOGIAS CARDIACAS                             | <input type="checkbox"/> DESMAYOS, CONVULSIONES, ETC |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS  | <input type="checkbox"/> TOS FERINA                  |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS A ALIEMENTOS O ALGUN MEDICAMENTO: _____ |  |

Has tenido alguna cirugía recientemente por alguna enfermedad o lesión, por favor explica con detalles:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examinación física

Altura: \_\_\_\_\_ peso: \_\_\_\_\_

Presenta alguna anomalía mental, emocional, o alguna información que pueda ser de utilidad para el médico del campamento: (puedes utilizar el espacio en blanco)

En caso de requerir alguna inyección, toma de medicamentos especiales o algún tratamiento que el médico del campamento aplique, explica cómo y cuándo debe de ser administrado, dichos medicamentos deberán de ser llevados por los participantes:

---

---

---

---

Por el bien de mi conocimiento, yo \_\_\_\_\_ declaro estar en buen estado y físicamente apto para ejercer las actividades dentro del campamento, excepto como se señaló anteriormente.

Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_.