



## CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del acampante					
Edad	Sexo	Peso	Estatuta	Tipo de sangre	Vacunas al día <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias: <input type="checkbox"/> Plantas <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Otros Especifique:					
Enfermedades o condiciones que padece actualmente:					
Enfermedades contagiosas que haya padecido:					
Intervenciones quirúrgicas:					
Medicamentos que utiliza actualmente:			Dosificación		
Nombre del medicamento			Dosificación		
Nombre del medicamento			Dosificación		
Nombre del medicamento			Dosificación		
Nombre del medicamento			Dosificación		
Nombre del medicamento			Dosificación		
Certifico que hoy, _____ de _____ de 20____, examiné al solicitante y el mismo <input type="checkbox"/> puede participar de todas las actividades del campamento. <input type="checkbox"/> no debe participar de todas las actividades del campamento, tales como: Especifique:					
Nombre del médico (letra del molde)			Firma de médico		Número de licencia