



CERTIFICADO MÉDICO CAMPAMENTO DE VERANO

Nombre del acampante						
Edad	Sexo	Peso	Estatuta	Tipo de sangre	Vacunas al día No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias (especifique):						
Enfermedades o condiciones que padece actualmente:						
Intervenciones quirúrgicas:						
Medicamentos que utiliza actualmente:						
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 mi <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	