

Aventura en el Jardín Botánico U.P.R.

Celebrando nuestra 24.ª edición

Certificado Médico

NOMBRE: _____

EDAD: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

ESTADO GENERAL DE SALUD: _____

CONDICIONES ESPECÍFICAS: (Marque con una x si es afirmativa. Explique *)

OJOS _____ NARIZ _____ GARGANTA _____ ALERGIAS _____

ASMA _____ PULMONES _____ EPILEPSIA _____ MIGRAÑA _____

CORAZÓN _____ PIEL _____ DEFICIENCIA FISICA _____

DEFICIENCIA MENTAL _____ ENFERMEDAD TRANSMISIBLE _____

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA _____ OTRA _____

*EXPLIQUE y, por favor, señale si alguna de las anteriores incapacita a su paciente a participar de actividades deportivas y/o recreativas: _____

CERTIFICO que he examinado al paciente de referencia. Su estado de salud es satisfactorio para participar de actividades deportivas y recreativas propias de un campamento y que está libre de enfermedades contagiosas.

Nombre del Pediatra y

Número de Licencia (Letra de Molde)

Tel _____

Firma

Fecha: _____

Es responsabilidad del padre o encargado el pago de los servicios médicos que no cubra el Campamento.

Firma del padre, madre o encargado