

NOMBRE DEL PARTICIPANTE / PARTICIPANT'S NAME

---

## CERTIFICADO MEDICO / HEALTH RECORD

Este certificado ha de rellenarse y firmarse para ser entregado en el campamento / centro donde se desarrolle el programa. *Please complete and sign. This form will be kept on file at the program site.*

### PARTE - 1 A rellenar y firmar por los padres / To be completed and signed by parents

Fecha de nacimiento / Date of birth \_\_\_\_\_ Sexo / Sex \_\_\_\_\_

Historial médico (marque lo que proceda) / Health history (check where applicable)

Enfermedades de la infancia <i>Childhood diseases</i>		Alergias <i>Allergies</i>	
Varicela <i>Chickenpox</i>	Sarampión <i>Measles</i>	Fiebre de heno <i>Hay fever</i>	Picaduras de insectos <i>Insect sting</i>
Rubeola <i>German measles</i>	Paperas <i>Mumps</i>	Asma <i>Asthma</i>	Medicamentos <i>Drugs</i>
Enfermedades crónicas <i>Chronic diseases</i>		Hiedra <i>Ivy oak</i>	Gramíneas <i>Graminaceae</i>
Dolor de oídos <i>Earaches</i>	Garganta <i>Throat</i>	Alimentos <i>Food</i>	Otros <i>Other</i>
Sinusitis <i>Sinus</i>	Infecciones <i>Infections</i>	Cirugía, lesiones, restricciones especiales (especificar) <i>Surgery, injuries, special restrictions (explain)</i>	
Corazón <i>Heart</i>	Anemia <i>Anemia</i>		
Epilepsia <i>Epilepsy</i>	Reuma <i>Rheumatic fever</i>		
Diabetes <i>Diabetes</i>	Menstruación <i>Menstrual cramps</i>		
Intestino <i>Intestinal</i>	Orina <i>Bedwetting</i>		
Dolores de cabeza <i>Headaches</i>			

Vacunas / Immunizations	Fecha / Date	Refuerzo / Booster
Difteria / Diphtheria		
Tétanos / Tetanus		
Tosferina / Whooping cough		
Polio / Polio		
Sarampión / Measles		
Paperas / Mumps		
Rubeola / Rubella		
Otros / Others		

**PARTE - 2.** A rellenar y firmar por el médico / To be completed and signed by physician

Código / Code: 1 Satisfactorio / Satisfactory

2 No satisfactorio / Unsatisfactory

Piel / Skin		Naríz / Nose		Oídos / Ears		Garganta / Throat	
Extremidades <i>Extremities</i>		Ojos / Eyes		Dientes / Teeth		Corazón / Heart	
Pulmones / Lungs		Espalda / Back		Abdomen/ Abdomen		Genitales/Genitalia	
Articulaciones <i>Joints</i>		Sistema nervioso <i>Neurologic</i>		Hernia <i>Hernia</i>		Test tuberculosis <i>Tuberculin test</i>	
Gafas - lentillas <i>Glasses - contacts</i>		Medicamentos necesarios: <i>Medication needed:</i>					

El / La participante está en condiciones satisfactorias para desarrollar cualquier tipo de actividades con las restricciones (incluyendo dieta) y limitaciones siguientes:

*The participant is in satisfactory conditions to engage in all activities with the following restrictions (including diet), or limitations:*

Fecha / Date

Nombre del médico / Physician`s name

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colegiado / License number

Teléfono / Phone

Firma / Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE - 3** A rellenar por el médico **solo** si el participante recibe medicación especial  
To be filled **only** if participant is on special medication

ORDEN DEL MÉDICO / PRESCRIPTION

Medicamento / Name of drug:

Dosis / Dose:

Frecuencia / Times:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Razón de la administración / Reason for administration: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Efectos secundarios observables / Side effects that may be observed: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras observaciones / Other suggestions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha / Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre del médico / Physician`s name:

\_\_\_\_\_

Colegiado / License number.

Teléfono / Phone:

Firma / Signature:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE / MADRE / PARENT`S AUTHORIZATION**

Solicito al personal del centro / campamento que mi hijo/a sea atendido por un médico cuando sea necesario.  
*I hereby request the center / camp staff to give to my child the medical attention needed in case of illness or accident.*

Firma del padre, madre o tutor legal / Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_