



UTOPIA: Campamento de las Artes

Certificado Médico

Nombre del (la) participante:	Edad:
Nombre del Médico:	Teléfono/s:
Hospital de preferencia:	Plan médico y número de póliza:
<input type="checkbox"/> Reacciones alergias <input type="checkbox"/> Dolores del oído <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes <input type="checkbox"/> Dolores de garganta <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Alérgico a aspirinas <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Problemas de ansiedad <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Otros _____	
¿Ha tenido el niño(a) algún accidente que evite realizar algún tipo de actividad? Explique.	
Mencione si el niño(a) ha tenido operaciones o heridas. Favor de indicar cuales.	
¿Tiene el niño(a) alguna restricción dietética?	
Mencione si el niño(a) está bajo medicamentos o utiliza medicamentos. Favor indicar para que condición:	
Mencione si el niño(a) es alérgico a algún medicamento, plantas o insectos.	
Recomendaciones y restricciones (tratamiento a seguir durante el campamento, medicamento que deba administrarse, plan de comida o restricciones indicadas por el médico, otros):	
¿Algún problema específico de aprendizaje, miedo, trauma u otra información de salud física o emocional de la cual debemos tener conocimiento para mejor atender las necesidades del participante?	

Certifico que se me ha informado en su totalidad sobre las actividades del campamento y que este historial médico es correcto. Certifico que el participante que se matricula en este campamento está autorizado y apto física y mentalmente para realizar todas las actividades del campamento (con excepción de las mencionadas anteriormente), y no padece de ninguna condición emocional, física o médica que pueda restringir su participación en el mismo. Entiendo y acepto que UTOPIA; Campamento de las Artes se reserva el derecho de la terminación automática sin devolución de dinero de cualquier participante, con condición tanto física como cognitiva, que no haya sido debidamente informada antes de comenzar el campamento.

Nombre Médico

#Lic.

Firma

Fecha
