CAMP LOS HUIZACHES

Sesión en la que asistirá

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Nombre completo del acampante

Fecha de nacimiento / /

Carta de buena salud

Esta evaluación se debe de llenar por el pediatra del acampante en un periodo no mayor a tres meses antes del inicio del campamento.

Altura	Peso	Pulso	Presión arterial	Grupo Sanguíneo

Aspectos a evaluar:
✓ Satisfactorio
X No satisfactorio

Ojos	Orejas	Nariz	Garganta	Pulmones	Corazón	Abdomen	Genitales	Piel	Postura	Extremidades

Evaluación general

Elaborar sobre los aspectos evaluados anteriormente.

Medicamentos

Por favor indicar cualquier medicamento que estará tomando el acampante durante el campamento y la razón por la cuál lo tomará.

Medicamento	Dosis	Horario	Razón

Alergias

Enlistar cualquier alergia que presente el acampante (medicamentos, comidas, bebidas, animales, otros)

Problemas médicos actuales y su tratamiento

Usar la parte de atrás en caso de ser necesario.

Recomendaciones

Incluir cualquier restricción que tendrá el acampante para realizar las actividades del campamento.

He examinado al acampante y he revisado su historial médico. Estoy de acuerdo en que el acampante está listo para participar en las actividades del campamento al menos que se indique anteriormente.

Nombre del Doctor

Fecha / /

FIrma

Teléfono del Doctor

Email del Doctor