

CERTIFICADO MÉDICO



Nombre _____ Tropa _____

Fecha del Examen: _____ Edad _____ Género _____

EXPEDIENTE FÍSICO:

Estatura: _____

Peso: _____

Presión: _____

Oídos: _____

Ojos: _____

Nariz: _____

Garganta: _____

Hernia: _____

Genitales: _____

Extremidades: _____

Corazón: _____

Pulmones: _____

Abdomen: _____

HISTORIAL MÉDICO (CONDICIONES):

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Alimentos: _____

Insectos: _____

Diabetes: _____

Dismenorrea: _____

Epilepsia: _____

Convulsiones: _____

Asma: _____

Hipoglucemia: _____

Condición Cardíaca: _____

Otro: _____

Medicamento que toma actualmente:

Nombre: _____

Dosis: _____

Condición: _____

Certifico que he hallado a esta niña físicamente capacitada para participar en las siguientes actividades:

_____ PISCINA _____ CAMINATA

Firma del Médico: _____

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

Número de Licencia: _____

***FAVOR DE INCLUIR ORIGINAL DEL RECORD DE INMUNIZACIÓN**

(Forma P-VAC-3)

****Llenar en su totalidad, válido por un año.***