

CAAMP Abilities

CERTIFICADO DE SALUD OFICIAL DEL PARTICIPANTE HISTORIAL MÉDICO (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO DE CABECERA)

PARTE A. Información del Médico

1. Nombre en letra de molde: _____
2. Número de Licencia: _____
3. Pueblo donde tiene la oficina: _____
4. Teléfono en caso de emergencia (por lo menos uno)
 - a. Oficina: _____
 - b. Casa: _____
 - c. Celular: _____

PARTE B. Información del Participante

5. Nombre del o la participante: _____
6. Sexo: M _____ F _____
7. Fecha de Nacimiento: _____
8. Edad: _____
9. Seguro Social: _____

____ Estatura

____ Peso

____ Presión Arterial

____ Garganta

____ Pulso

____ Genitourinario

____ Oídos

____ Nariz

____ Neurológico

____ Corazón

____ Abdomen

____ Músculo esquelético

- **Agudeza Visual:** Izq. _____ **sin lentes** Izq. _____ **con lentes**
Der. _____ Der. _____

- **Ciego total** _____ **Ciego legal** _____ **Utiliza bastón** ___Sí ___No

- **Nombre de la condición visual** _____

10. Haga una marca si padece o ha padecido de los siguientes:

- a. _____ Alergias
- b. _____ Anemia
- c. _____ Diabetes
- d. _____ Asma
- e. _____ Epilepsia
- f. _____ Otros ¿Cuál? _____

Si contestó en la afirmativa a alguna de estas explique las medidas que deben proceder:

11. ¿Tiene algún otro tipo de impedimento además del visual? Esta información es importante para asegurar la calidad del servicio que se le brindará a su hijo(a). Especifique e indique el acomodo y/o medidas que se requiera:

12. Indique todos los medicamentos, dosis y frecuencia de uso que esté tomando el participante actualmente. (Si necesita más espacio puede fotocopiar esta página)

a. Medicamento #1

- Nombre comercial: _____
- Ingrediente activo: _____
- Dosis: _____
- Frecuencia: _____
- Sugerencias y/o recomendaciones: _____

b. Medicamento #2

- Nombre comercial: _____
- Ingrediente activo: _____
- Dosis: _____
- Frecuencia: _____
- Sugerencias y/o recomendaciones: _____

c. Medicamento #3

- Nombre comercial: _____
- Ingrediente activo: _____
- Dosis: _____
- Frecuencia: _____
- Sugerencias y/o recomendaciones: _____

13. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o picada de insecto?

a. _____ No a nada

b. _____ Si

Alergia a:	Tratamiento:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

14. ¿Está debidamente inmunizado? _____ No _____ Si

15. Fecha de la última vacuna del tétano: _____

16. Examen Físico: _____

17. Comentarios adicionales: _____

Firma del Médico

Número de Licencia

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo, _____ autorizo a la enfermera de CAAMp Abilities a administrar medicamentos o a tratar a mi hijo(a) en caso de ser necesario. Además autorizo al personal de CAAMp Abilities a trasladarlo(a) al hospital más cercano, de ser necesario. Este permiso aplica a todos los programas de CAAMp Abilities que asista.

Nombre del Acampante: _____ Fecha: _____

(LETRA DE MOLDE)

Nombre del Padre/Tutor: _____ Firma: _____

Dirección: _____

_____ Tel. _____