

# Certificado médico / Health record

RC. Programas Internacionales

NOMBRE DEL PARTICIPANTE / PARTICIPANT'S NAME

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 / <i>Inmunizations</i>	Fecha / <i>Date</i>	Refuerzo / <i>Booster</i>
Difteria / <i>Diphtheria</i>		
Tétanos / <i>Tetanus</i>		
Tosferina / <i>Whooping cough</i>		
Polio / <i>Polio</i>		
Sarampión / <i>Measles</i>		
Paperas / <i>Mumps</i>		
Rubeola / <i>Rubella</i>		
Otros / <i>Others</i>		

## Parte 2

RC. Programas Internacionales

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

Código / *Code*: 1 Satisfactorio / *Satisfactory*

2 No satisfactorio / *Unsatisfactory*

Piel / <i>Skin</i>		Nariz / <i>Nose</i>		Oídos / <i>Ears</i>		Garganta / <i>Throat</i>	
Extremidades <i>Extremities</i>		Ojos / <i>Eyes</i>		Dientes / <i>Teeth</i>		Corazón / <i>Heart</i>	
Pulmones / <i>Lungs</i>		Espalda / <i>Back</i>		Abdomen / <i>Abdomen</i>		Genitales <i>Genitalia</i>	
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.*

---