



Aguadilla Summer Camp

Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Aguadilla
Programa de Educación Continua

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Estatura: _____

¿Está el niño(a) en su peso, estatura y sus signos vitales adecuados para su edad? Sí No

Si la respuesta es no, dar sus recomendaciones:

¿Tiene el niño(a) las vacunas necesarias de acuerdo a su edad? Sí No

Historial de enfermedades:

- Alergias
- Asma
- Hemorragias nasales
- Hipoglucemia
- Diabetes
- Alta presión
- Dolores de cabeza
- Otros: _____

Como resultado del examen practicado y de mis observaciones, certifico que
_____ está en perfectas condiciones de salud para
participar de las diferentes actividades que ofrece el *Inter Aguadilla Summer Camp*.

Nombre del doctor(a) en letra de molde

Fecha

Firma

Número de licencia