

Historial Médico y forma física de la examinación

Asistencia al campamento: fechas _____

Nombre del campista _____

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento _____

Edad para fecha del campamento _____

Dirección domicilio _____
Calle y número

Ciudad

Estado

Código postal

Número de Seguridad Social del participante _____

Sexo: Masculino Femenino

Padre o guardián _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____
(si es diferente de la indicada arriba) Calle y número Ciudad Estado Código postal

Otro padre o guardián, o contacto de urgencia _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo _____ Teléfono _____

De no poder comunicarse en case de emergencia, informar a _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

(Recomendaciones para el cuidado de la Salud por personal médico con Licencia)

Health Care Recommendations by Licensed Medical Personnel

I examined the above camp participant on _____. (ACA accreditation requirements specify exams within 24 months of camp attendance. Individual camps may require annual exams. A new exam is not necessarily required for camp attendance.)

BP _____ Weight _____ Height _____

In my opinion, the above applicant is is not able to participate in an active camp program.

The applicant is under the care of a physician for the following conditions _____

Recommendations and Restrictions at Camp

Treatment to be continued at camp _____

Medications to be administered at camp (name, dosage, frequency) _____

Known allergies _____

Description of any limitations or restriction on camp activities _____

Additional information for health care staff at the camp _____

Signature of Licensed Medical Personnel _____

Printed _____ Title _____

Address _____

Phone _____ Date _____