



**FORMULARIO DE EXAMINACIÓN MÉDICA  
CAMPAMENTO GUTSY EN ORLANDO, 2026**

**EL EXAMEN DEBER SER COMPLETADO POR UN MÉDICO LICENCIADO (O UN MÉDICO EXTENSOR  
COMO UNA ENFERMERA PRACTICANTE ESPECIALIZADA O UN ASISTENTE MÉDICO) A NO MÁS  
DE 90 DÍAS ANTES DE QUE COMIENZE EL CAMPAMENTO.**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Diagnóstico (p.ej. enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos médicos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Por favor describe cualquier problema médico actual (aparte de la enfermedad inflamatoria intestinal, o IBD, por sus siglas en inglés):

**Hallazgos significativos durante el examen médico:**

**Medicaciones:**

Nombre	Dosis	Manera de tomar la medicina	Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿El desarrollo de tu hijo es adecuado para su edad? S/N

Si no lo es, ¿a qué edad funciona? \_\_\_\_\_

Información psicosocial pertinente, incluyendo cualquier problema de comportamiento que pueda afectar la participación del niño en un grupo

\_\_\_\_\_

Por favor provee cualquier restricción(es) que el niño/a tiene para las actividades del campamento

\_\_\_\_\_

**REPORTE DEL EXAMEN DEL MÉDICO**

He examinado a este niño/a y su historial médico y declaro que él o ella están aptos para atender el CAMPAMENTO GUTSY EN ORLANDO y participar en las actividades, con excepción a las descritas anteriormente. Entiendo que el plan de atención médica descrito anteriormente seguirá siendo ejecutado en el campamento a menos que se indique lo contrario.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**(en letra de imprenta)**