



FORMULARIO DE EXAMINACIÓN MÉDICA

CAMPAMENTO DE IMPLANTE COCLEAR 2025 EN ORLANDO

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 de pérdida de audición _____

Tipo de pérdida de audición (p.ej. neurosensorial, conductivo, mixto) _____

Otros diagnósticos médicos: _____

Alergias: _____

Por favor describe cualquier problema médico actual (aparte de la pérdida de audición):

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 DE IMPLANTE COCLEAR 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 _____
(en letra de imprenta)

Teléfono (____) _____