

# Certificado médico

Anexo a la Ficha Médica



El abajo firmante, doctor en medicina, .....

Por la presente certifico que (nombre y apellidos del/la niño, niña / joven):

.....

Nacido en: .....

podrá participar de las actividades de este movimiento juvenil y la medicación en caso de ser necesario es:

Nombre del medicamento: .....

dosis (volumen y frecuencia día / hora): .....

forma de administración: .....

O deber ser dada por los dirigentes/monitores

O puede tomarlo/a sola/a

O por un/a enfermero/a

Preservación: (ejem.: refrigerador) .....

O por los dirigentes/monitores

O de forma independiente

Fecha de vencimiento de este medicamento: .....

En caso de este medicamento: .....

Posibles efectos secundarios que los dirigentes/monitores deben tener en cuenta:

.....

(Ver esquema a continuación)

Número de teléfono del médico: .....

Lugar: ..... Fecha: .....

Firma y sello del médico: .....

