

# Certificado Medico

Yo, \_\_\_\_\_, MD autorizado para ejercer la medicina en Puerto Rico, a que he examinado a \_\_\_\_\_ ;

Y su estado de salud le permite participar en competencias deportivas y/o actividades de carácter ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Fuerte debido a que:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ Padece el paciente de alguna alergia? ( ) Si ( ) No ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿ Padece o ha padecido de Fracturas? ( ) Si ( ) No

Si su contestacion es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del medico: \_\_\_\_\_

Firma del medico: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Permiso del padre o Tutor

Yo, : \_\_\_\_\_, mayor de edad, por la presente autorizo mi hijo (a) \_\_\_\_\_ a participar en las actividades deportivas ofrecidas en su programacion.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200\_\_