



## CERTIFICADO MÉDICO

La agencia cumple en informar al Médico responsable por la salud de .....  
DNI: ..... las principales características del viaje que pueden influir en el estado de salud de la viajera a fin de ser tenidas en cuenta por parte del profesional médico interviniente. Las mismas consisten en: viaje en avión, esperas en aeropuertos y en el ingreso a ciertos juegos en los cuales se permanece de pie. Régimen irregular de horarios de comida y descanso. Actividades con control grupal (no individual). Alimentación abundante en lípidos e hidratos de carbono (característica de los Estados Unidos) y que la menor puede estar sometida constantemente a estímulos de todo tipo, luminosos, auditivos, cambios bruscos de temperatura, humedad, horarios, grandes descargas de adrenalina debido a los juegos como las montañas rusas y otras atracciones con cambios bruscos de dirección y hasta con fuerzas que desafían la ley de gravedad, etc. (todo lo que un viaje a los principales parques de diversión de Florida, USA implica).

Asimismo se informa que hay atracciones que prohíben expresamente el ingreso de personas con problemas cardíacos, problemas de cervicales o espalda, presión alta, o cirugías recientes, por lo que advertimos sobre estas reglas y características del programa, a fin de que sean tenidas en cuenta en los consejos médicos pre viaje.

Declaro que la paciente .....  
de ..... años de edad, con diagnóstico de .....  
puede realizar el viaje de quinceañeras llamado ..... en la salida correspondiente a ..... (con destino Miami - Orlando, Florida USA, organizado por ..... por considerar que su estado de salud es apto para este tipo de experiencia grupal, y que la menor no necesita cuidados personales y/o especiales, ni de una dieta particular y que puede realizar todas las actividades propuestas en el programa.

Observaciones del médico:

.....  
.....  
.....  
.....

Fecha: ..... de ..... de .....

Firma y Sello del profesional .....

Nombre del médico: .....

Matricula profesional: .....

Teléfono y dirección del centro de atención médica: .....