



## **Declaraciones**

---

### **Certificación del/de la doctor/a sobre los datos médicos de la niña**

---

**Certifico** que la niña referida a la página anterior es una niña sana, que ha seguido los controles establecidos en el "Protocolo del niño sano" y que se le han administrado las vacunas correspondientes para su edad.

He comprobado que sus genitales están íntegros y no presentan ninguna lesión.

---

### **Declaración, del/de la doctor/ra en relación con la información a la persona responsable de la niña**

---

Declaro haber informado a la persona responsable de la niña referida en la página anterior, de los siguientes aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud:

- Marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español (según el apartado referido en la página anterior).
  - Asociaciones contra la mutilación genital femenina en los países en que se practica (según el apartado referido en la página anterior)
  - Compromiso de pedir hora para una revisión general de salud, inmediatamente después de la vuelta de las vacaciones que se hagan en el país de origen de la familia.
  - Compromiso de facilitar a la niña la medicación que se le ha suministrado para prevenir la malaria durante las vacaciones en el país de origen de la familia y cantidades importantes de agua, hervida previamente o embotellada.
- 

### **Compromiso informado de la persona responsable de la niña**

---

Declaro haber sido informada, por el doctor o la doctora que atiende a mi hija/la niña de quien soy responsable, de los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud, especificados en el apartado anterior..

Considero que he entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

**Me comprometo a cuidar la salud de mi hija/de la niña de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital.**

Y para que conste leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

---

### **Firmas**

---

Firma de los padres/la persona responsable de la niña

Firma del/de la doctor/a que la atiende

---

Lugar y fecha,

---