



FICHA MÉDICA

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----------|--------------------------|-----------|---------|------------------------|-------|-----------------|--------------------|----|-------|--|--|--|
| Nombre: | C.I.: | | Teléfono: | | E-mail: | | | | | | | | | |
| Tipo de Sangre: | Peso: | Estatura: | Tiene Dieta en Especial: | | | | | | | | | | | |
| Vacunas aplicadas: | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉTANO | NO | SI | Fecha | RUBÉOLA | NO | SI | Fecha | FIEBRE TIFOIDEA | NO | SI | Fecha | | | |
| SARAMPIÓN | NO | SI | Fecha | HEPATITIS | NO | SI | Fecha | GRIPE | NO | SI | Fecha | | | |
| OTRAS | Fecha | ¿Cuáles?: | | | | | | | | | | | | |
| Padece de alguna de estas enfermedades: | | | | | | | | | | | | | | |
| DIABETES | NO | SI | ASMA | NO | SI | HIPERTENSIÓN | NO | SI | TENSIÓN BAJA | NO | SI | | | |
| CARDIOPATÍAS | NO | SI | AMIGDALITIS | NO | SI | EPILEPSIA | NO | SI | SINOSITIS | NO | SI | | | |
| HEMOFILIA | NO | SI | OTRAS | | | | | | | | | | | |
| Padece de alergias a: | | | | | | | | | | | | | | |
| PICADURAS | NO | SI | MEDICINAS | NO | SI | ¿Cuáles? | | | | | | | | |
| ALIMENTOS | NO | SI | ¿Cuáles? | | | | | | OTRAS | | | | | |
| Ha padecido de: | | | | | | | | | | | | | | |
| LECHINA | NO | SI | RUBÉOLA | NO | SI | SARAMPIÓN | NO | SI | PAPERAS | NO | SI | | | |
| HEPATITIS | NO | SI | APENDICITIS | NO | SI | INSOMNIO | NO | SI | SONAMBULISMO | NO | SI | | | |
| Padece de trastornos digestivos o alimentarios: | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTREÑIMIENTO | NO | SI | DIARREA | NO | SI | ÚLCERA | NO | SI | BULIMIA / ANOREXIA | NO | SI | | | |
| ACIDEZ | NO | SI | GASTRITIS | NO | SI | PADECE DE SONAMBULISMO | SI | NO | OTROS | | | | | |
| Le ha sido practicada alguna intervención quirúrgica: | | | | | | | | | | | | | | |
| NO | SI | Fecha | Especifique: | | | | | | | | | | | |
| Padece alguna limitación o impedimento físico: | | | | | | | | | | | | | | |
| NO | SI | Fecha | Especifique: | | | | | | | | | | | |
| Padece de problemas de conducta, emocionales o está bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico: | | | | | | | | | | | | | | |
| NO | SI | Fecha | Especifique: | | | | | | | | | | | |
| Toma algún medicamento regular por prescripción médica: | | | | | | | | | | | | | | |
| NO | SI | Fecha | Especifique: | | | | | | | | | | | |
| Posee póliza de seguros de accidentes y/o H.C.M.: | | | | | | | | | | | | | | |
| NO | SI | Compañía: | Póliza: | | | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia avisar a: | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico que todos los datos suministrados aquí expuestos son ciertos y actuales, autorizo a los Dirigentes Scouts a tomar decisiones médicas basadas en estos datos en caso que fuere necesario, no haciendo responsables las consecuencias de las decisiones basadas en ellos en caso de ser falsos o inexactos los mismos. | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y C.I. | | | Firma | | | Fecha | | | | | | | | |

|