



**SCOUTS**  
Construir un Mundo Mejor

Organización Mundial del Movimiento Scout  
Región Interamericana  
Asociación de Scouts de Venezuela  
Región Metropolitana

### FICHA MÉDICA

<b>Nombre:</b>		<b>C.I.:</b>		<b>Teléfono:</b>		<b>E-mail:</b>		
<b>Tipo de Sangre:</b>		<b>Peso:</b>	<b>Estatura:</b>		<b>Tiene Dieta en Especial:</b>			
<b>Vacunas aplicadas:</b>								
TÉTANO	NO	SI	Fecha	RUBÉOLA	NO	SI	Fecha	
SARAMPIÓN	NO	SI	Fecha	HEPATITIS	NO	SI	Fecha	
OTRAS			Fecha	¿Cuáles?:				
<b>Padece de alguna de estas enfermedades:</b>								
DIABETES	NO	SI	ASMA	NO	SI	HIPERTENSIÓN	NO	SI
CARDIOPATÍAS	NO	SI	AMIGDALITIS	NO	SI	EPILEPSIA	NO	SI
HEMOFILIA	NO	SI	OTRAS					
<b>Padece de alergias a:</b>								
PICADURAS	NO	SI	MEDICINAS	NO	SI	¿Cuales?		
ALIMENTOS	NO	SI	¿Cuáles?				OTRAS	
<b>Ha padecido de:</b>								
LECHINA	NO	SI	RUBÉOLA	NO	SI	SARAMPIÓN	NO	SI
HEPATITIS	NO	SI	APENDICITIS	NO	SI	INSOMNIO	NO	SI
<b>Padece de trastornos digestivos o alimentarios:</b>								
ESTREÑIMIENTO	NO	SI	DIARREA	NO	SI	ÚLCERA	NO	SI
ACIDEZ	NO	SI	GASTRITIS	NO	SI	PADECE DE SONAMBULISMO SI NO OTROS		
<b>Le ha sido practicada alguna intervención quirúrgica:</b>								
NO	SI	Fecha	Especifique:					
<b>Padece alguna limitación o impedimento físico:</b>								
NO	SI	Fecha	Especifique:					
<b>Padece de problemas de conducta, emocionales o está bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico:</b>								
NO	SI	Fecha	Especifique:					
<b>Toma algún medicamento regular por prescripción médica:</b>								
NO	SI	Fecha	Especifique:					
<b>Posee póliza de seguros de accidentes y/o H.C.M.:</b>								
NO	SI	Compañía:	Póliza:					
<b>En caso de emergencia avisar a:</b>								
Nombre:				Teléfono:				
Nombre:				Teléfono:				
<b>Observaciones:</b>								
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 de las consecuencias de las decisiones basadas en ellos en caso de ser falsos o inexactos los mismos.								
Nombre y C.I.		Firma			Fecha			

