

FICHA DE SALUD

Fecha: _____ Sección: _____
 CUM: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grupo: _____
 Nombre: _____ Provincia: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO 1	Nombre:	Parentesco:
	Teléfono:	Correo1:
	Dirección:	Correo2:
CONTACTO 2	Nombre:	Parentesco:
	Teléfono:	Correo1:
	Dirección:	Correo2:

GENERALES MÉDICOS

Tipo de Sangre		No. de Afiliación a Instituciones de Salud			
Factor RH					
Peso en Kg		IMSS		ISSEMyM	
Estatura (metros y cm)		ISSSTE		ISSFAM	
BMI (calculado por el sistema)		Gastos Médicos Privados			SEGENA
Instrucciones adicionales sobre su(s) seguro (s)					Otro:
		Nombre de Aseguradora			
		No. Póliza \ Certificado			

ANTECEDENTE	SI	NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI	NO	ESPECIFIQUE
Diabetes				Enfermedades de hígado			
Hipertensión				Problemas estomacales			
Eventos epilépticos			Incluya fecha del último evento	Enfermedades tiroideas			
Problemas cardíacos				Fatiga excesiva			
Familiares con problemas cardíacos				Problemas de sueño			
Infarto \ Accidente isquémico				Problemas dermatológicos			
Asma				Problemas inmunológicos			
Problemas respiratorios				Artritis			
Problemas de la vista				Problemas urinarios			
Problemas de oído \ nasales				Dietas especiales			
Enfermedades musculov-esqueléticas				Tabaquismo			
Conmoción cerebral				¿Usó sustancias psicotrópicas en los últimos 6 meses?			Si ha sufrido sobredosis, especifique la fecha
Problemas psicológicos				Embarazo en los últimos 6 meses			
Problemas de comportamiento o neuronales				Cirugía en los últimos 6 meses			En el último año aprox.
Padecimientos hematológicos				¿Ha recibido alguna transfusión en los últimos 6 meses?			
Mal de altura				Pie plano			Si usa zapato ortopédico, especifique talla
Desmayos o mareos				Limitaciones físicas			

ASMAC/DNGDI/CNAR/JL301

Conozca el tratamiento de sus datos personales en: <http://www.scouts.org.mx/privacidad.html>

ALERGIAS

SI	NO	TIPO DE ALERGIA	NOTAS/EXPLICACIÓN
		MEDICAMENTO	
		ALIMENTO	
		PLANTAS	
		ANIMALES	
		PICADURAS	
		OTROS	

MEDICAMENTOS

Especifique qué medicamento toma de manera temporal o de forma constante

TIPO DE MEDICAMENTO	TIPO DE ALERGIA	TIPO DE REACCIÓN	NOTAS/EXPLICACIÓN

Seleccione esta casilla si no toma ningún medicamento actualmente

VACUNAS \ INMUNOLOGÍA

Indique las vacunas que ha recibido, especificando si ha padecido la enfermedad

NOMBRE	SI	NO	HA PADECIDO	FECHA DE APLICACIÓN
Tétanos \ Td				
Difteria \ DPT				
Sarampión \ Rubeola				
Paperas				
Poliomielitis				
Rotavirus				
Meningitis				
Influenza				
Papiloma				
Reacción alérgica a vacunas				
Hepatitis A/B				
Otra				

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

Por favor indique cualquier información adicional sobre su historial médico

NOTAS \ COMENTARIOS

Autorizamos en este acto a la ASMAC o a quien designe a que, en caso de que ocurra algún accidente durante las ACTIVIDADES, se brinde la atención pre-hospitalaria necesaria, así como que se traslade al hospital o centro de salud o socorro más cercano que la ASMAC designe, con la finalidad que se atienda la emergencia, así como que se suministren los medicamentos que se consideren convenientes y, en su caso, se le realicen los procedimientos médicos necesarios haciendo su mejor esfuerzo para salvaguardar la salud, deslindando de toda responsabilidad a la ASMAC y LOS COLABORADORES por las acciones aquí referidas o por las consecuencias inmediatas o futuras que se pudieran derivar de las mismas.

FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

FIRMA Y NOMBRE DEL TITULAR

NATACIÓN

No sabe	Básico	Avanzado	Salvamento
---------	--------	----------	------------

PARA USO INTERNO

POR FAVOR NO LLENE ESTA SECCIÓN

Para evaluación Fecha de evaluación: _____
Evaluado por: _____

Motivo: _____

ASMAC/DNGDI/CNAR/JL301

Conozca el tratamiento de sus datos personales en: <http://www.scouts.org.mx/privacidad.html>