



ASOCIACION DE SCOUTS DE EL SALVADOR

MIEMBRO MUNDIAL DEL MOVIMIENTO SCOUT
REGION INTERAMERICANA



FICHA MÉDICA

Evento Scout : _____ Fecha de Elaboración de la Ficha Médica _____

DATOS GENERALES

Grupo Scout No. _____ Nombre del Grupo Scout _____

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino
DIA MES AÑO

Nombre del Responsable (Padre, Madre o Tutor): _____

Domicilio: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

En caso de Emergencia, póngase en contacto con:

Nombre

Parentesco

Números telefónicos a llamar en caso de Emergencia

Nombre

Parentesco

Números telefónicos a llamar en caso de Emergencia

DATOS MÉDICOS

Grupo Sanguíneo: _____ Edad en Años : _____ Peso (Lbs.) : _____ Estatura (Mts.) : _____

ALERGIAS :

- El niño(a) / joven / adulto, NO padece de Alergias
- El niño(a) / joven / adulto, es alérgico al siguiente tipo de alimento : _____
- El niño(a) / joven / adulto, es alérgico al siguiente tipo de medicamento : _____
- El niño(a) / joven / adulto, es alérgico a picaduras de insectos, plantas, animales, pólen, etc. : _____

EFERMEDADES :

El niño(a) / joven / adulto, NO padece de ninguna enfermedad crónica, y puede participar en todas las actividades.

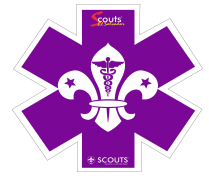
El niño(a) / joven / adulto, padece de las siguientes enfermedades :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma o Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques |
| <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | Niñas : |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hemofilia u otras alteraciones Sanguíneas | <input type="checkbox"/> Ya menstrua |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Problemas de Alimentación | <input type="checkbox"/> La menstruación viene con cólico |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria Nocturna | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes de oído | <input type="checkbox"/> La niña sabe lo que es la menstruación |
| <input type="checkbox"/> Otra enfermedad, especifique aqui : _____ | | |

En caso de tener alguno de los padecimientos anteriores, indique el tratamiento que se debe seguir si se presenta una crisis.



ASOCIACION DE SCOUTS DE EL SALVADOR
MIEMBRO MUNDIAL DEL MOVIMIENTO SCOUT
REGION INTERAMERICANA



FICHA MÉDICA

Conteste las siguientes preguntas; si su respuesta es afirmativa, favor amplíe o explique.

¿El niño(a) / joven / adulto, usa lentes o lentes de contacto? _____

¿El niño(a) / joven / adulto, padece algún problema ortopédico o de articulaciones? _____

¿Utiliza algún dispositivo para oír o tiene problemas auditivos? _____

¿Presenta alguna enfermedad o problema dermatológico? _____

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? _____ ¿Porqué? _____

¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía? _____

¿Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciosa recientemente (3 meses)? _____

¿El niño(a) / joven / adulto, está bajo algún tratamiento médico? (Anexe explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, la dosis que debe tomar, el horario que se debe seguir y la razón por la cual está en el tratamiento). SI NO

¿El niño(a) / joven / adulto, tiene algún impedimento físico que limite participar en alguna actividad al aire libre? _____

¿Ha sufrido algún golpe fuerte en la cabeza o perdido el conocimiento alguna vez? _____

¿El niño(a) / joven / adulto, se ha desmayado o sentido mareado(a) durante o después de hacer ejercicio? _____

Si está tomando algún tipo de medicamento del cual requiera durante el evento, por favor asegúrese de traer la cantidad apropiada.

DIETA :

El niño(a) / joven / adulto, tiene una dieta normal El niño(a) / joven / adulto, tiene las siguientes restricciones alimenticias:

Indicaciones especiales de la Dieta _____

HISTORIAL DE VACUNACION

TIPO	ULTIMA FECHA	TIPO	ULTIMA FECHA
Tifoidea		DPT o Pentavalente	
Hepatitis A		Antisarampionosa	
Polio Oral		Otra:	

De acuerdo a mi leal consentimiento, declaro verídicos los datos que proporciono en el presente documento.

Firma y Sello del Médico

Fecha de Elaboración