

FICHA DE SALUD

Fecha: 28/07/2022 Sección: Clan Masculino
 CUM: BJU1740109 Fecha de Nacimiento: 06/09/2003 Grupo: 8
 Nombre: Alejandro Rios Rivera Provincia: Benito Juarez

CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO 1	Nombre: <u>Liliana Rivera Niño</u>	Parentesco: <u>Madre</u>
	Teléfono: <u>55 3411 2509</u>	Correo1: <u>Lilyriveran@gmail.com</u>
CONTACTO 2	Dirección: <u>Leonardo Da Vinci 174 104, Col. Santa Maria Nonoalco 03700</u>	Correo2:
	Nombre: <u>Omar Rios Rivera</u>	Parentesco: <u>Hermano</u>
	Teléfono: <u>55 4901 0840</u>	Correo1: <u>omar_r21@outlook.com</u>
	Dirección: <u>Leonardo Da Vinci 174 104, Col. Santa Maria Nonoalco 03700</u>	Correo2:

GENERALES MÉDICOS

Tipo de Sangre	O	No. de Afiliación a Instituciones de Salud					
Factor RH	+						
Peso en Kg		IMSS	0119035418-1	ISSEMyM		SEGURO POPULAR	
Estatura (metros y cm)	1.78	ISSSTE		ISSFAM		PEMEX	
BMI (calculado por el sistema)		Gastos Médicos Privados				SEDENA	
Instrucciones adicionales sobre su(s) seguro (s)						Otro:	
		Nombre de Aseguradora					
		No. Póliza \ Certificado					

HISTORIAL MÉDICO

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



ALERGIAS

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

MEDICAMENTOS

Especifique qué medicamento toma de manera temporal o de forma constante

☒ 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	X			23/03/2004
Difteria \ DPT	X			14/09/2007
Sarampión \ Rubeola		X		
Paperas		X		
Poliomielitis	X			21/03/2004
Rotavirus		X		
Meningitis		X		
Influenza	X			08/01/2021
Papiloma		X		
Reacción alérgica a vacunas		X		
Hepatitis A/B	X			23/03/2004
Otra		X		

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.

NATACIÓN

No sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Básico	Avanzado	Salvamento
---------	--	----------	------------

PARA USO INTERNO

POR FAVOR NO LLENE ESTA SECCIÓN

☐ Para evaluación Fecha de evaluación: _____
Evaluado por: _____

Motivo: _____

FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

 Alejandro Rios
Rivera
FIRMA Y NOMBRE DEL TITULAR

