

GRUPO SCOUT DON BOSCO AVILA 21

Región Distrito Capital

Ficha Médica



Datos Personales			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cedula	Sexo Fem. <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
Dirección de Habitación			
E – Mail		Teléfono Habitación	Teléfono Celular
Nombre del Representante		Cedula	Teléfono de contacto
Persona de Contacto de Emergencia		Teléfono	Parentesco

Ficha Medica					
Grupo Sanguíneo	Talla	Peso	Estatura	En general (goza de buena salud)	
Alergias (explique)		Asma	Convulsiones	Amigdalitis	Gripe
Especifique antecedentes familiares necesarios (Cáncer, epilepsia, diabetes, etc)					
Apendicitis	Hernias	Sonambulismo	Insomnio	Paperas	Ictericia
Sarampión	Lechina	Rubéola	Escarlatina	Otras (explique)	
Problemas con los sentidos		Ha sufrido enfermedad u operación de cuidado (explique con fecha)			
¿Le han aplicado antitetánica? (Fecha y motivo)			Tiene reacción a la penicilina u otro medicamento		
¿Tiene actividades restringidas por el medico? (Explique)			¿Requiere algún medicamento de forma regular? (Explique)		
Trastornos digestivos		Problemas del corazón		¿Con que frecuencia evacua?	

Problemas sanguíneos: circulación, hemofilia, etc. (Explique)		Valores normales de tensión?
¿Tiene tratamiento psicológico o psiquiátrico? (explique)		¿Problemas de conducta o emocionales?
¿Enfermedades de los Huesos? (Explique)		¿Enfermedades del sistema nervioso? (Explique)
¿Está asegurado?	Nombre de la aseguradora Horizonte	Tipo y número de póliza (HCM, Accidentes, Vida,)
Especifique cualquier dato de importancia		

Yo _____ C.I. **V-**_____ representante de el/la joven _____, C.I. **V-**_____ por medio de la presente certifico que los datos aquí suministrados son correctos y actuales, y autorizo a los adultos organizadores del evento Impacto Rover a tomar decisiones medicas basadas en los datos que se suministran en la presente ficha medica en caso de que fuese necesario.

Firma Representante: _____

Teléfono de Contacto: _____

Fecha de Elaboración: _____

Cedula del Joven

Cedula del Representante