

## FICHA DE SALUD

FECHA: A 5 DE diciembre DE 2024

DATOS DE IDENTIFICACION					
NOMBRE	Prueba123			FECHA DE NACIMIENTO	13/05/2002
PROVINCIA	Michoacán			GRUPO	7
CUM	MIC1120330			SECCION	Comunidad
ALERTA					
Ninguna					
DATOS MÉDICOS GENERALES					
GRUPO Y R.H.	A+	AFILIACIONES A SERVICIOS DE SALUD			
PESO	70			<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES PUBLICAS	<input type="checkbox"/> ASEGURADORAS <input type="checkbox"/> PARTICULAR
TALLA	1.75	NOMBRE DEL PROVEEDOR	IMSS	AXA	Clínica San José
I.M.C.	22.9	NO. DE POLIZA	123456789	AXA987654	SJ456789
ALIMENTACION	Equilibrada	DERECHOHABIENCIA	Vigente	Vigente	Vigente
		OBSERVACIONES	Sin observaciones	Cobertura completa	Sin observaciones
ALERGIAS					
ESPECIFICAR AGENTE ALERGICO Y REACCION QUE PROVOCA:					
Ninguna					
TRATAMIENTOS ACTUALES					
ESPECIFICAR MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD DE TOMA:					
Ninguno					
HISTORIAL MEDICO					
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HAS PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE
DIABETES	No	-	RESPIRATORIOS	No	-
HIPERTENSION	No	-	OFTALMICOS	No	-
EVENTO EPILEPTICO	No	-	NARIZ Y/U OÍDOS	No	-
PROBLEMA CARDIACO	No	-	NEUROLOGICOS	No	-
DESMAYOS Y/O MAREOS	No	-	HEMATOLÓGICOS	No	-
ASMA	No	-	HEPATICOS	No	-
TOXICOMANIAS	No	-	APARATO DIGESTIVO	No	-
CIRUGÍA RECIENTE	No	-	TIROÍDEO	No	-
EMBARAZO Y/O PUERPERIO	No	-	DERMATOLOGICO	No	-
TRANSFUSION	No	-	INMUNOLOGICOS	No	-
LESION MUSCULO ESQUELETICA	No	-	URINARIOS	No	-
ORTOPÉDICOS	No	-	COVID-19	No	-
ANTECEDENTES PSICOLOGICOS/PSIQUIATRICOS					
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE
CAMBIOS EN ALIMENTACION	No	-	ALTERACIONES DEL SUENO	No	-
AISLAMIENTO PERSONAL	No	-	AGOTAMIENTO EXCESIVO	No	-
SENSACIÓN DE VACÍO O SIN IMPORTANCIA	No	-	DOLORES INEXPLICABLES	No	-
IMPOTENCIA O DESESPERANZA	No	-	AUMENTO EN TOXICOMANIAS	No	-
CONFUSIÓN, DISTRACCIÓN O IRRITABILIDAD	No	-	CAMBIOS DE HUMOR	No	-
PENSAMIENTOS Y/O RECUERDOS QUE NO SALGAN DE SU CABEZA	No	-	ESCUCHAR VOCES O CREER COSAS QUE NO SON Ciertas	No	-
PENSAR LASTIMARSE A SÍ MISMO U OTROS	No	-	DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS DIARIAS	No	-
En caso de encontrarse bajo tratamiento médico controlado describa las dosis y procedimientos indicados.					
Ninguno					



# FICHA DE SALUD

INMUNOLOGIA									
NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA	NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA
TÉTANOS					INFLUENZA				
DIFTERIA					PAPILOMA				
SARAMPIÓN/RUBEOLA					HEPATITIS				
PAPERAS					MENINGITIS				
POLIOMIELITIS					REACCIÓN A VACUNAS				
ROTAVIRUS					OTRAS				
COVID 1ª DOSIS					COVID 2ª DOSIS				
COVID REFUERZO					ESCRIBA LA MARCA DE LA VACUNA COVID	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS
CONTACTO DE EMERGENCIAS									
CONTACTO 1									
NOMBRE					PARENTESCO				
TELÉFONO					TELÉFONO (2)				
DIRECCION					CORREO				
CONTACTO 2									
NOMBRE					PARENTESCO				
TELÉFONO					TELÉFONO (2)				
DIRECCION					CORREO				
OBSERVACIONES		<p>Autorizamos en este acto a la ASMAC y colaboradores externos a que en caso de que ocurra ALGÚN accidente durante las ACTIVIDADES, se brinde la atención pre-hospitalaria necesaria, así como que en caso de ser necesario se traslade al hospital, centro de salud o socorro más cercano, esta autorización incluye todos los tratamientos y medicamentos que los profesionales de la salud consideren necesarios para salvaguardar la integridad de la persona.</p> <p>Autorizamos a la ASMAC para que preserve por los medios disponibles todos los hechos relacionados a cualquier incidente que ponga en riesgo la integridad con la finalidad de brindar una mejor atención.</p>							

Declaro bajo protesta decir verdad que los datos asentados son ciertos y vigentes a la fecha del presente documento, así mismo anexo (de ser necesario) recetas e indicaciones del medico tratante junto con los datos de contacto en caso de emergencia.

**NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR**

La Asociación de Scouts de México A.C. (en adelante "ASMAC"), con domicilio en la calle de Córdoba # 57, Colonia Roma Norte, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06700, CDMX utilizará sus datos personales recabados para: a) tramitar su registro ante la ASMAC; b) llenar la forma de Consentimiento de Padre o Tutor, c) llenar el formato de ingreso de NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, d) llenar la Ficha Médica para su atención o referencia a algún centro de salud u hospitalario en caso de ser necesario, e) darle a conocer eventos relacionados con las actividades que organiza la ASMAC, f) la elaboración de su expediente como miembro activo u honorario, g) el debido registro de su progresión en la sección a la que pertenezca, h) la inscripción o registro a los distintos eventos que sean organizados y administrados de forma directa o indirecta por el Grupo Scout al que pertenezca, los cuales son; excursiones, ceremonias; campamentos y visitas a cualquier lugar del interior o exterior de la República Mexicana, i) realizar comunicaciones electrónicas de forma directa o bien a representantes legales, familiares o parientes y j) tramitación del seguro de gastos médicos así como de viajero. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página de internet <https://scouts.org.mx/aviso-de-privacidad/> - Fecha de Actualización 19 de enero de 2021.

