

## FICHA DE SALUD

| DATOS DE IDENTIFICACION   |       |                      |   | FECHA: A                              | DE                                  | DE 20 |
|---|-------|----------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| NOMBRE  |       |                      |   | FECHA DE NACIMIENTO                   |                                     |       |
| PROVINCIA   |       |                      |   | GRUPO                                 |                                     |       |
| CUM   |       |                      |   | SECCION                               |                                     |       |
| ALERTA  |       |                      |   |                                       |                                     |       |
|   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| DATOS MEDICOS GENERALES   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| GRUPO Y R.H.  |       |                      |   | AFILIACIONES A SERVICIOS DE SALUD     |                                     |       |
| PESO  |       |                      | <input type="checkbox"/> INSTITUCIONES PUBLICAS | <input type="checkbox"/> ASEGURADORAS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR |       |
| TALLA   |       | NOMBRE DEL PROVEEDOR |   |                                       |                                     |       |
| I.M.C.  |       | NO. DE POLIZA        |   |                                       |                                     |       |
| ALIMENTACION  |       | DERECHOHABIENCIA     |   |                                       |                                     |       |
|   |       | OBSERVACIONES        |   |                                       |                                     |       |
| ALERGIAS  |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| ESPECIFICAR AGENTE ALERGICO Y REACCION QUE PROVOCA:   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
|   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| TRATAMIENTOS ACTUALES   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| ESPECIFICAR MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD DE TOMA:  |       |                      |   |                                       |                                     |       |
|   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| HISTORIAL MEDICO  |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| EN LOS ULTIMOS 6 MESES HAS PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:                                    |       |                      |   |                                       |                                     |       |
|   |       |                      |   |                                       |                                     |       |
| ANTECEDENTE   | SI/NO | ESPECIFIQUE          | ANTECEDENTE                                     | SI/NO                                 | ESPECIFIQUE                         |       |
| DIABETES  |       |                      | RESPIRATORIOS                                   |                                       |                                     |       |
| HIPERTENSION  |       |                      | OFTALMICOS                                      |                                       |                                     |       |
| EVENTO EPILEPTICO   |       |                      | NARIZ Y/O OIDOS                                 |                                       |                                     |       |
| PROBLEMA CARDIACO   |       |                      | NEUROLOGICOS                                    |                                       |                                     |       |
| DESMAYOS Y/O MAREOS   |       |                      | HEMATOLOGICOS                                   |                                       |                                     |       |
| ASMA  |       |                      | HEPATICOS                                       |                                       |                                     |       |
| TOXICOMANIAS  |       |                      | APARATO DIGESTIVO                               |                                       |                                     |       |
| CIRUGIA RECIENTE  |       |                      | TIROIDEO  |                                       |                                     |       |
| EMBARAZO Y/O PUERPERIO  |       |                      | DERMATOLOGICO                                   |                                       |                                     |       |
| TRANSFUSION   |       |                      | INMUNOLOGICOS                                   |                                       |                                     |       |
| LESION MUSCULO ESQUELETICA  |       |                      | URINARIOS                                       |                                       |                                     |       |
| ORTOPEDICOS   |       |                      | COVID-19  |                                       |                                     |       |
| 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   |       |                      | ALTERACIONES DEL SUENO                          |                                       |                                     |       |
| AISLAMIENTO PERSONAL  |       |                      | AGOTAMIENTO EXCESIVO                            |                                       |                                     |       |
| SENSACION DE VACIO O SIN IMPORTANCIA  |       |                      | DOLORES INEXPLICABLES                           |                                       |                                     |       |
| IMPOTENCIA O DESESPERANZA   |       |                      | AUMENTO EN TOXICOMANIAS                         |                                       |                                     |       |
| CONFUSION, DISTRACCION O IRRITABILIDAD  |       |                      | CAMBIOS DE HUMOR                                |                                       |                                     |       |
| PENSAMIENTOS Y/O RECUERDOS QUE NO SALGAN DE SU CABEZA   |       |                      | ESCUCHAR VOCES O CREER COSAS QUE NO SON CIERTAS |                                       |                                     |       |
| PENSAR LASTIMARSE A SI MISMO U OTROS  |       |                      | DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS DIARIAS         |                                       |                                     |       |
| <p>En caso de encontrarse bajo tratamiento médico controlado describa las dosis y procedimientos indicados.</p> |       |                      |   |                                       |                                     |       |
|   |       |                      |   |                                       |                                     |       |



# FICHA DE SALUD

| INMUNOLOGÍA             |        |  |         |       |                                     |          |          |          |          |
|-------------------------|--------|--|---------|-------|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 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)                        |          |          |          |          |
| DIRECCIÓN               |        |  |         |       | CORREO                              |          |          |          |          |
| CONTACTO 2              |        |  |         |       |                                     |          |          |          |          |
| NOMBRE                  |        |  |         |       | PARENTESCO                          |          |          |          |          |
| TELÉFONO                |        |  |         |       | TELÉFONO (2)                        |          |          |          |          |
| DIRECCIÓN               |        |  |         |       | 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.

