



Ficha Médica



Es importante no omitir ningún dato, si ignora alguno, indique Sin Información (S/I). Si no aplica indique "NO". Ejemplo Alergias:

Ejemplo 1	NO		Ejemplo 2	S/I		Ejemplo 3		PENICILINA
-----------	----	--	-----------	-----	--	-----------	--	------------

Esta información puede ser vital. Si considera que hay información adicional que el equipo de salud deba conocer, por favor agréguelo al reverso. Esta información será para uso exclusivo del equipo de salud.

INFORMACIÓN MÉDICA									
NOMBRE						R.U.N.			
FECHA DE NACIMIENTO				ESTATURA				PESO	
GRUPO		Nua Mana		UNIDAD				DISTRITO	
								La Granja	
En caso de emergencia comunicarse con:									
Nombre				Número 1					
Nombre				Número 2					
PREVISIÓN:		FONASA		ISAPRE		OTRA		NOMBRE PREVISIÓN	
Seguro Complementario Salud o Escolar:				INSTITUCIÓN					
Fecha de último control dental:						Grupo Sanguíneo con factor RH:			
Marque si se encuentra Embarazada				SEMANAS		EMBARAZOS ANTERIORES		FUR	
ALERGIAS					INTOLERANCIAS				
Medicamentos		Alimentos		Plantas		Otras		Lactosa	
								Gluten	
								Otra	
ESPECIFIQUE					ESPECIFIQUE				
ENFERMEDADES, DOLENCIAS: Indíquelas TODAS (Con o sin tratamiento)									
Antec. Litiasis (Cálculos)				Tiroides (Hipo – Hiper)				Epilepsia	
Diabetes Tipo I				Enfermedad Cardíaca				Hipertensión Arterial	
Diabetes Tipo II				Otra		Especifique		Asma	
								Otra Enfermedad Respiratoria	
CIRUGIAS Y TRANSPLANTES: Indique todas las cirugías y/o trasplantes a que haya sido sometida(o) y Fecha de intervención									
1)					2)				
3)					4)				
MEDICAMENTOS o dispositivos médicos (ej. Auto-inyector), autorizados o prescritos por un médico; indique dosis y horarios									
1)					2)				
3)					4)				
Antecedentes traumáticos: Marque si ha sufrido:					Indique si está en Tratamiento Psicológico, Psiquiátrico o neurológico y su diagnóstico				
Fractura		Esguince		Luxación					
Fecha de la Lesión									
Miembro o articulación afectado									
NECESIDADES ESPECIALES: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimenticias.									
Contacto y Nombre de su Médico o Consultorio Tratante									
Indique si ha estado en el extranjero el último Año y donde									

Entregue esta ficha al responsable de Unidad y hágale saber cualquier precaución o necesidad especial. Recuerde que la ficha es importante desde el momento de iniciar el viaje hasta su regreso. En caso de enfermedad o accidente grave nos pondremos en contacto de inmediato con Usted. Si la situación lo requiere el beneficiario (a) será trasladado al servicio de urgencia más cercano.

☐ Doy fe que la información contenida corresponde a la realidad del beneficiario identificado

Dirigente Responsable

Guías y Scouts
Nua Mana
www.nuamana.com

Nombre y Firma Apoderado