

¿Tiene fobias/miedos/panico/claustrofobia? SI NO

¿A qué?

SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

Personería Jurídica Nacional: Res. I.G.J. Nº999 del 24/09/1998

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

ANEXO 2 - NORMA CE004-07

Teléfono Obra Social:

							• /
Apellido				¿Es sonámbulo?	SI	NO	
Nombre				¿Sabe nadar?	SI	NO	
Fecha de nacim.:	1 1			0			
-	1 1			¿Toma alguna medicación?	SI	NO	
D.N.I:				¿Cuando?			
Domicilio				Indicar dosis			
T 1/6				¿Es alérgico?	SI	NO	
Teléfono:				¿Es alérgico a algún medicamento?	SI	NO	
Tel. p/ emerg.				¿A cuál?			
<u> </u>				¿Qué usa en su reemplazo?			
La historia clínica que Ud. se dis							
durante acantonamientos, campa antecedentes que orientarán efi	,		,	Conteste las siguientes situaciones			
dad. La veracidad y amplitud con				[SI	NO
más rápido y efectivo el diagnó				Sufre urticaria			
que se manifieste en el campam	ento.			Cicatrizan mal sus heridas			
			_	Sufre mareos Tiene dolor de cabeza con frecuencia		-	
Vacunas (Mar	que aquellas que tien			Ha tenido desmayos			
V/A CUINIA C	Nº de dos	is Fec	ha ultima dosis	Ha tenido desinayos Ha tenido infecciones en los oídos			
VACUNAS				Se restría fácilmente			
Antitetánica B.C.G.		-	, ,	Tiene hemorragias nasales			
Triple (DPT)		- - ' ,		Experimenta falta de aire			
Doble (DT)		-		Tuvo o tiene dolores articulares			
Antisarámpionosa		- - ' /		Sufre presión alta			
Triple Virál (MMR)			' /	Sufre presión baja			
Hibtitter				Alguna vez recibió transfusiones de sangre			
Cuádruple			'/_	Tiene palpitaciones			
Va Mengoc BC			'/_	Tuvo ardor al orinar		-	
Anti Hepatitis A				Ha orinado sangre			
Anti Hepatitis B				Ha tenido convulsiones Hemodiálisis			
			, , ,	Siente silbidos en el pecho al respirar			
Ha sufrido alguna de las sigui opción que corresponda)	ientes entermedades	(Marque co	on un circuio ia	Tiene picos de fiebre con frecuencia			
opcion que corresponda,				Ha escupido sangre		1	
Rubéola		SI	NO	Tiene digestión lenta			
Varicela		SI	NO	Sufre acidez estomacal			
Tos convulsa		SI	NO	Mueve bien su vientre			
Paperas Parasitosis Intestinales		SI SI	NO NO	Suele tener diarreas			
Enfermedad de Chagas		SI	NO	Duerme bien			
Fiebre reumática		SI	NO	Practica deportes			
Neumonía		SI	NO	0			
Pleuresía		SI	NO	¿Conoce su grupo sanguíneo? Grupo Factor			
Úlcera gastroduodenal Bocio		SI SI	NO NO	Grupo Factor			
Nefritis		SI	NO	Alguna otra situación que	desee	noner e	n conoci
Escarlatina		SI	NO		ucscc	poner c	n conoci
Erisipela		SI	NO	miento del dirigente			
Sarampión		SI	NO				
Tuberculosis		SI	NO				
Micosis Bronquitis		SI SI	NO NO				
Bronquitis Asma bronquial		SI	NO NO				
Hernias		SI	NO				
Enfermedades del corazón		SI	NO	POR FAVOR: PUEDE UTILIZAR LA PAR	TE DE ATR	SAS DE ESTA	A HOJA PARA
Hepatitis		SI	NO	AMPLIAR CUALQUIER COMENTARIO QU			
Meningitis		SI	NO	PRESENTE FORMULARIO FOTOCOF	PIAS DE	DOCUMENT	ACIÓN QUE
¿Es diabético?	SI	NO		CONSIDERE CONVENIENTE.			
¿Cuál es su régimen de insulina							
0 - 2							
¿Puede comer de todo?	SI	NO		Firma:			
¿Sigue algún régimen especial ?							
¿Cuál?				Aclaración:			
¿Sufre alguna enfermedad cróni	ra? CI	NO		DNII:			
¿Cuál?				DNI:			
0-201				Datos Obi	ra Soci	al	
¿Sufre alguna otra enfermedad?		NO		Datos Obl	a Gool	ui	
¿Cual?				Credencial Nº:			