

FICHA MÉDICA

Nombre:			C.I.:			Teléfono:			E-mail:		
Tipo de Sangre:		Peso:		Estatura:			Tiene Dieta en Especial:				
Vacunas aplicadas:											
TÉTANO	NO	SI	Fecha	RUBÉOLA	NO	SI	Fecha	FIEBRE TIFOIDEA	NO	SI	Fecha
SARAMPIÓN	NO	SI	Fecha	HEPATITIS	NO	SI	Fecha	GRIPE	NO	SI	Fecha
OTRAS	Fecha		¿Cuales?:								
Padece de alguna de estas enfermedades:											
DIABETES	NO	SI	ASMA	NO	SI	HIPERTENSIÓN	NO	SI	TENSIÓN BAJA	NO	SI
CARDIOPATÍAS	NO	SI	AMIGDALITIS	NO	SI	EPILEPSIA	NO	SI	SINOSITIS	NO	SI
HEMOFILIA	NO	SI	OTRAS								
Padece de alergias a:											
PICADURAS	NO	SI	MEDICINAS	NO	SI	¿Cuales?					
ALIMENTOS	NO	SI	¿Cuales?						OTRAS		
Ha padecido de:											
LECHINA	NO	SI	RUBÉOLA	NO	SI	SARAMPIÓN	NO	SI	PAPERAS	NO	SI
HEPATITIS	NO	SI	APENDICITIS	NO	SI	INSOMNIO	NO	SI	SONAMBULISMO	NO	SI
Padece de trastornos digestivos o alimentarios:											
ESTREÑIMIENTO	NO	SI	DIARREA	NO	SI	ÚLCERA	NO	SI	BULIMIA / ANOREXIA	NO	SI
ACIDEZ	NO	SI	GASTRITIS	NO	SI	PADECE DE SONAMBULISMO SI NO OTROS					
Le ha sido practicada alguna intervención quirúrgica:											
NO	SI	Fecha	Especifique:								
Padece alguna limitación o impedimento físico:											
NO	SI	Fecha	Especifique:								
Padece de problemas de conducta, emocionales o está bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico:											
NO	SI	Fecha	Especifique:								
Toma algún medicamento regular por prescripción médica:											
NO	SI	Fecha	Especifique:								
Posee póliza de seguros de accidentes y/o H.C.M.:											
NO	SI	Compañía:	Póliza:								
En caso de emergencia avisar a:											
Nombre:						Teléfono:					
Nombre:						Teléfono:					
Observaciones:											
Certifico que todos los datos suministrados aquí expuestos son ciertos y actuales, autorizo a los Dirigentes Scouts a tomar decisiones médicas basadas en estos datos en caso que fuere necesario, no haciendo responsables de las consecuencias de las decisiones basadas en ellos en caso de ser falsos o inexactos los mismos.											
Nombre y C.I.				Firma				Fecha			