

Ficha de Salud

Fecha: _____

Sección: _____

CUM: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grupo: _____

Nombre: _____

Provincia: _____

Contactos de Emergencia

CONTACTO 2	Nombre: _____	Correo 1: _____
	Teléfono: _____ <small>No olvide incluir clave lada</small>	Correo 2: _____ Parentesco: _____
CONTACTO 1	Nombre: _____	Correo 1: _____
	Teléfono: _____ <small>No olvide incluir clave lada</small>	Correo 2: _____ Parentesco: _____

Generales Médicos

Tipo de Sangre		No. Afiliación a Instituciones de Salud					
Factor RH							
Peso en kg.		IMSS		ISSEMyM		Seguro Popular	
Estatura metros y cm		ISSSTE		ISSFAM		Pemex	
BMI <small>calculado por el sistema</small>			Gastos Médicos Privados				SEDENA
Instrucciones adicionales sobre su seguro(s)		Nombre de Aseguradora				Otro: _____	
		No. Póliza / Certificado				_____	

Historial Médico

Antecedente	SI	NO	Especifique	Antecedente	SI	NO	
Diabetes				Enfermedades de Hígado			
Hipertensión				Problemas estomacales			
Eventos epilépticos			<small>incluya fecha de último evento</small>	Enfermedades tiroideas			
Problemas cardíacos				Fatiga excesiva			
Familiares que hayan sufrido problemas cardíacos				Problemas de sueño			
Infarto / Accidente Isquémico				Problemas dermatológicos			
Asma				Problemas Inmunológicos			
Problemas respiratorios				Artritis			
Problemas de la vista				Padecimientos urinarios			
Problemas de oído/nasales				Dietas especiales			
Enfermedades musculoesqueléticas				Tabaquismo			
Conmoción Cerebral				¿Usó sustancias psicotrópicas en los últimos 6 meses?			<small>Si ha sufrido sobredosis, especifique la fecha</small>
Problemas psicológicos				Embarazo en los últimos 6 meses			
Problemas de comportamiento o neuronales				Operación en los últimos 6 meses			<small>en el último año aprox.</small>
Padecimientos hematológicos				¿Ha recibido alguna transfusión en los últimos 6 meses?			
Mal de altura				Pie plano			<small>Si usa zapato ortopédico, especifique talla</small>
Desmayos o mareos				Limitaciones físicas			

Conozca el tratamiento de sus datos personales en: <http://www.scouts.org.mx/privacidad.html>



Alergias

SI	NO	Tipo de alergia	Notas / Explicación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos	

SI	NO	Tipo de alergia	Notas / Explicación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plantas o animales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picaduras	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	

Medicamentos

Especifique que medicamentos toma temporal o de forma constante

Seleccione esta casilla si no toma ningún medicamento actualmente

Nombre	SI	NO	Fecha de aplicación

Vacunas / Inmunología

Marque las vacunas que ha recibido, especificando si ha padecido de la enfermedad

Nombre	SI	NO	ha padecido	Fecha de aplicación
Tétanos / Td	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difteria / DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarampión / Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Papiloma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reacción alérgica a vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Información médica adicional

Por favor indique cualquier información adicional sobre su historial médico

Habilidades

No sabe
 Básico
 Avanzado
 Salvamento

Notas / Comentarios

Para uso interno

NO LLENE ESTA SECCIÓN

Para evaluación Fecha Evaluación: _____

 Evaluado por: _____

Razón

Firma y nombre del Padre o Tutor

Firma y nombre del Titular

Conozca el tratamiento de sus datos personales en: <http://www.scouts.org.mx/privacidad.html>

