# Página **1** de **2**

# FICHA DE SALUD

**FECHA: A\_\_\_\_\_\_DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 20\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE |  | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | |  | |
| PROVINCIA |  | | | | | | | GRUPO | | | | |  | |
| CUM |  | | | | | | | SECCIÓN | | | | |  | |
| ALERTA | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS MÉDICOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | |
| GRUPO Y R.H. | |  | | AFILIACIONES A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | | | | |
| PESO | |  | |  | | | □ INSTITUCIONES PUBLICAS | | □ ASEGURADORAS | | | | | □ PARTICULAR |
| TALLA | |  | | NOMBRE DEL PROVEEDOR | | |  | |  | | | | |  |
| I.M.C. | |  | | NO. DE POLIZA | | |  | |  | | | | |  |
| ALIMENTACIÓN | |  | | DERECHOHABIENCIA | | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | | OBSERVACIONES | | |  | |  | | | | |  |
| ALERGIAS | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPECIFICAR AGENTE ALÉRGICO Y REACCIÓN QUE PROVOCA: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTOS ACTUALES | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPECIFICAR MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD DE TOMA: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| HISTORIAL MÉDICO | | | | | | | | | | | | | | |
| EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAS PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTE | | | SI/NO | | ESPECIFIQUE | | ANTECEDENTE | | | SI/NO | | ESPECIFIQUE | | |
| DIABETES | | |  | |  | | RESPIRATORIOS | | |  | |  | | |
| HIPERTENSIÓN | | |  | |  | | OFTÁLMICOS | | |  | |  | | |
| EVENTO EPILÉPTICO | | |  | |  | | NARÍZ Y/U OÍDOS | | |  | |  | | |
| PROBLEMA CARDÍACO | | |  | |  | | NEUROLÓGICOS | | |  | |  | | |
| DESMAYOS Y/O MAREOS | | |  | |  | | HEMATOLÓGICOS | | |  | |  | | |
| ASMA | | |  | |  | | HEPÁTICOS | | |  | |  | | |
| TOXICOMANÍAS | | |  | |  | | APARATO DIGESTIVO | | |  | |  | | |
| CIRUGÍA RECIENTE | | |  | |  | | TIROIDEO | | |  | |  | | |
| EMBARAZO Y/O PUERPERIO | | |  | |  | | DERMATOLÓGICO | | |  | |  | | |
| TRANSFUSIÓN | | |  | |  | | INMUNOLÓGICOS | | |  | |  | | |
| LESIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA | | |  | |  | | URINARIOS | | |  | |  | | |
| ORTOPÉDICOS | | |  | |  | | COVID-19 | | |  | |  | | |
| ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS | | | | | | | | | | | | | | |
| EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES: | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTE | | | SI/NO | | ESPECIFIQUE | ANTECEDENTE | | | | | SI/NO | | | ESPECIFIQUE |
| CAMBIOS EN ALIMENTACION | | |  | |  | ALTERACIONES DEL SUEÑO | | | | |  | | |  |
| AISLAMIENTO PERSONAL | | |  | |  | AGOTAMIENTO EXCESIVO | | | | |  | | |  |
| SENSACIÓN DE VACÍO O SIN IMPORTANCIA | | |  | |  | DOLORES INEXPLICABLES | | | | |  | | |  |
| IMPOTENCIA O DESESPERANZA | | |  | |  | AUMENTO EN TOXICOMANIAS | | | | |  | | |  |
| CONFUSIÓN, DISTRACCIÓN 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 SÍ MISMO U OTROS | | |  | |  | DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS DIARIAS | | | | |  | | |  |

En caso de encontrarse bajo tratamiento médico controlado describa las dosis y procedimientos indicados.

# Página **2** de **2**

# FICHA DE SALUD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | VACUNA | | FECHA | | PADECIÓ | FECHA | NOMBRE | | VACUNA | | FECHA | PADECIÓ | FECHA |
| TÉTANOS |  | |  | |  |  | INFLUENZA | |  | |  |  |  |
| DIFTERIA |  | |  | |  |  | PAPILOMA | |  | |  |  |  |
| SARAMPIÓ  N/RUBEOL  A |  | |  | |  |  | HEPATITIS | |  | |  |  |  |
| PAPERAS |  | |  | |  |  | MENINGITIS | |  | |  |  |  |
| POLIOMIEL  ITIS |  | |  | |  |  | REACCIÓN A VACUNAS | |  | |  |  |  |
| ROTAVIRU  S |  | |  | |  |  | 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 | | |  | 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.  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. | | | | | | | | | |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

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 NOMBRE Y FIRMA DEL**

**TUTOR 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.