**FECHA: A\_**

**\_ DE**

**DE 20 \_**

PUBLICAS

|  |
| --- |
| 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 | □ 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 SINIMPORTANCIA |  |  | 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 SÍMISMO U OTROS |  |  | DIFICULTAD PARA REALIZARTAREAS DIARIAS |  |  |
|  |
| En caso de encontrarse bajo tratamiento médico controlado describa las dosis y procedimientos indicados. |

|  |
| --- |
| INMUNOLOGÍA |
| NOMBRE | VACUNA | FECHA | PADECIÓ | FECHA | NOMBRE | VACUNA | FECHA | PADECIÓ | FECHA |
| TÉTANOS |  |  |  |  |  |  | INFLUENZA |  |  |  |  |  |
| DIFTERIA |  |  |  |  |  |  | PAPILOMA |  |  |  |  |  |
| SARAMPIÓ |  |  |  |  |  |  | HEPATITIS |  |  |  |  |  |
| N/RUBEOL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PAPERAS |  |  |  |  |  |  | MENINGITIS |  |  |  |  |  |
| POLIOMIEL |  |  |  |  |  |  | REACCIÓN A |  |  |  |  |  |
| ITIS |  |  |  |  |  |  | VACUNAS |  |  |  |  |  |
| ROTAVIRU |  |  |  |  |  |  | OTRAS |  |  |  |  |  |
| S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COVID 1ª |  |  |  |  |  |  | COVID 2ª DOSIS |  |  |  |  |  |
| DOSIS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COVID |  |  |  |  |  |  | ESCRIBA LA | 1ª DOSIS | 2ª DOSIS | 3ª DOSIS | 4ª DOSIS |
| REFUERZO |  |  |  |  |  |  | MARCA DE LA |
|  |  |  |  |  |  |  | VACUNA COVID |
| 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 laatención 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 lasalud 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 TUTOR**

**NOMBRE Y FIRMA DEL 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/ -](https://scouts.org.mx/aviso-de-privacidad/) Fecha de Actualización 19 de enero de 2021.