**FICHA MÉDICA**

Nombre:……………………………………………………………..Edad:………… Fecha Nacimiento: / / E-mail:………………………………..

País:……………………Provincia:…………………Ciudad:………………………

Dirección:…….……………………………….…Ocupación:………………………

Teléfono:………………………Rut:…………………………………………………

Altura: …………………Peso: ……………………Tipo de Sangre:.……………..

Contacto en caso de emergencias:………………………………………………..

Parentesco:……………………………….Teléfono:……………………………….

Seguro Médico:……………………...Nombre en la credencial:……….………...

Es necesario para nuestra seguridad conocer su condición médica en detalle. Necesitamos que sea lo más fiel y confiable que pueda, si no sabe qué responder deje en blanco. Esta información nos permitirá tomar las mejores decisiones en caso que ocurra alguna emergencia médica.

**Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías:**  **SI** **NO**

**Historial Médico en General**

1-Problemas respiratorios…………………………… \_\_\_\_ \_\_\_\_

2-Asma...................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

3-Diabetes................................................................. \_\_\_\_ \_\_\_\_

4-Problemas gastrointestinales................................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5-Problemas neurológicos…………………................ \_\_\_\_ \_\_\_\_

6-Epilepsia.................................................................. \_\_\_\_ \_\_\_\_

7-Convulsiones…………………………………………. \_\_\_\_ \_\_\_\_

8-Historia de mareos o desmayos…………………..... \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías:**  **SI** **NO**

9- Hemorragias o enfermedades de la sangre.............. \_\_\_\_ \_\_\_\_

10-Alta presión sanguínea – hipertensión..................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

11-Hepatitis u otras enfermedades del hígado.............. \_\_\_\_ \_\_\_\_

12-Problemas en aparato urinario o reproductivo…….. \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

13- Trastornos cardíacos…………………………….... \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Traumas, lesiones del esqueleto o musculares**

14-Lesiones de columna: ......................................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

15-Lesiones en la cabeza, pérdida de conocimiento \_\_\_\_ \_\_\_\_

16-Lesiones de la rodilla, cadera o el tobillo (incluyendo esguinces) y/o operaciones a dichas articulaciones?...................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

17.Lesiones al hombro, brazo, u otras (incluyendo esguinces) y/o operaciones a las partes mencionadas?.................. \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios específicos (parte del cuerpo, tipo de lesión, fecha, algún tipo de impedimento):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias**

18-Alergias de cualquier tipo (\*)..………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_

19-Alergias a medicamentos……………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_

20-Alergias al yodo…………………………………... \_\_\_\_ \_\_\_\_

21-Se medica para sus alergias, indique la dosis... \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios, incluya alergias a picaduras de insectos, plantas, comidas y/o medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías:**  **SI** **NO**

23-¿Posee alguna otra condición que pudiera afectar su salud?

Si su respuesta es Si, indique en comentarios…..… \_\_\_\_ \_\_\_\_

24-Tiene alguna limitante en sus actividades cotidianas? \_\_\_\_ \_\_\_\_

25-¿Toma algún medicamento? Por favor, liste los medicamentos con sus efectos colaterales y dosis, en comentarios............... \_\_\_\_ \_\_\_\_

26-¿Sabe nadar?...................................................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

27-Fecha de su última Vacunación Antitetánica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Atención Médica**

28-¿Se encuentra bajo la atención de algún médico? \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios, mencione el tipo de atención, nombre del médico y su fono o dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historial Personal**

29-¿Se ha consultado o tratado con sicólogo o siquiatra? \_\_\_\_ \_\_\_\_

30-¿Esta ahora en consulta o tratamiento?.............. \_\_\_\_ \_\_\_\_

31-¿Ha estado hospitalizado el último año?............. \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Comentarios, mencione el tipo de atención, nombre del médico y su fono o dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

32-¿Cómo describiría su salud?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33-¿Cómo describiría su condición física?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con mi firma como apoderado del niño o joven, declaro que la información provista arriba es correcta y verdadera. Además autorizo a los adultos a cargo de la actividad que sean miembros activos de la asociación de guías y scouts de Chile, a tomar las decisiones pertinentes en caso de emergencia.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_/\_\_/\_\_\_

Firma del Apoderado