

# FICHA DE SALUD

FECHA: A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_

DATOS DE IDENTIFICACION					
NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO	
PROVINCIA				GRUPO	
CUM				SECCION	
ALERTA					
DATOS MÉDICOS GENERALES					
GRUPO Y R.H.	AFILIACIONES A SERVICIOS DE SALUD				
PESO			<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES PUBLICAS	<input type="checkbox"/> ASEGURADORAS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
TALLA		NOMBRE DEL PROVEEDOR			
I.M.C.		NO. DE POLIZA			
ALIMENTACION		DERECHOHABIENCIA			
		OBSERVACIONES			
ALERGIAS					
ESPECIFICAR AGENTE ALERGICO Y REACCION QUE PROVOCA:					
TRATAMIENTOS ACTUALES					
ESPECIFICAR MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD DE TOMA:					
HISTORIAL MEDICO					
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HAS PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE
DIABETES			RESPIRATORIOS		
HIPERTENSION			OFTALMICOS		
EVENTO EPILEPTICO			NARIZ Y/O OIDOS		
PROBLEMA CARDIACO			NEUROLOGICOS		
DESMAYOS Y/O MAREOS			HEMATOLOGICOS		
ASMA			HEPATICOS		
TOXICOMANIAS			APARATO DIGESTIVO		
CIRUGIA RECIENTE			TIROIDEO		
EMBARAZO Y/O PUERPERIO			DERMATOLOGICO		
TRANSFUSION			INMUNOLOGICOS		
LESION MUSCULO ESQUELETICA			URINARIOS		
ORTOPEDICOS			COVID-19		
ANTECEDENTES PSICOLOGICOS/PSIQUIATRICOS					
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE
CAMBIOS EN ALIMENTACION			ALTERACIONES DEL SUENO		
AISLAMIENTO PERSONAL			AGOTAMIENTO EXCESIVO		
SENSACION 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.					



# FICHA DE SALUD

INMUNOLOGIA									
NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA	NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA
TÉTANOS					INFLUENZA				
DIFTERIA					PAPILOMA				
SARAMPIÓN/RUBEOLA					HEPATITIS				
PAPERAS					MENINGITIS				
POLIOMIELITIS					REACCIÓN A VACUNAS				
ROTAVIRUS					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)				
DIRECCION					CORREO				
CONTACTO 2									
NOMBRE					PARENTESCO				
TELEFONO					TELÉFONO (2)				
DIRECCION					CORREO				
OBSERVACIONES			<p>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.</p> <p>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.</p>						

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/> - Fecha de Actualización 19 de enero de 2021.

