



La ficha médica debe presentarse firmada por el padre/ madre o tutor del scout y firmada y sellada por un médico clínico o cardiólogo. En caso de no contener el último ítem se deberá adjuntar un certificado de un médico matriculado que de cuenta que el Scout se encuentra apto para realizar actividades recreativas propias de un Grupo Scout. Todo ello con la finalidad que el dirigente y médico del Grupo Scout conozca el estado de salud del Scout. Esta ficha deberá ser acompañada eventualmente por la fotocopia del carnet de obra social y calendario actual de vacunación.

Datos personales:

Apellido y Nombre	
Edad:	Grupo sanguíneo y factor RH:
Peso	Altura:
D.N.I.:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre de la Obra Social o Prepaga:	
Centro asistencial de la Obra Social o Prepaga cercano a la sede del grupo:	
Nro. de Credencial:	Tel de URGENCIAS:

Examen clínico:

- Pulso:	- Tensión arterial:
- Ruidos cardíacos:	- Temperatura:
Audición:	Usa audífono:
Vista:	Usa anteojos:

Antecedentes personales

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Convulsiones epilepsia			Hipertensión arterial			Sarampión		
Tratamiento psicológico			Fiebre reumática			Meningitis		
Infecciones urinarias			Desmayos			Varicela		
Problemas renales			Asma / Broncoespasmo			Hepatitis		
Micosis			EPOC / tabaquismo			Inmunocomprometido		
Afecciones en oídos			Bronquitis aguda			Rubéola		
Enfermedad de Chagas			Anemia			Desviación de Columna		
Gastritis			Neumonía			Hernias		
Diabetes			Problemas cardíacos			Coagulopatías		
Constipación			Tos convulsa					
Úlcera gastroduodenal			Covid-19					
Hipotiroidismo / hipertiroidismo			Escarlatina					
Sobrepeso/Obesidad (especificar peso)			Erisipela					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas)

Firma madre, padre o tutor

Aclaración

DNI



Vacunas			
Vacunas	Última fecha de aplicación	Vacunas	Última fecha de aplicación
B.C.G.		Meningococo ACYW	
IPV (Antipoliomielítica)		Quíntuple o Pentavalente (DPT-HB-Hib)	
Rotavirus		Antigripal	
Triple Viral		Hepatitis A	
Varicela		Hepatitis B	
Virus del Papiloma Humano		Neumococo conjugada 13 Valente	
Doble Bacteriana (DTa)		Triple Bacteriana Celular (DPT)	
Covid-19		Triple Bacteriana Acelular (DTPa)	

Cirugías previas

Alergias		
	SI/NO	Especifique alergia y tratamiento
A medicamentos		
A alimentos		
Otras alergias		

Medicamentos		
	SI/NO	Especifique droga y dosis
¿Toma algún medicamento?		

Régimen Alimenticio		
	SI / NO	Especificaciones
Vegetariano		
Celíaco		
Colon irritable		
Diabético		
Vegano		
Otros		

Firma madre, padre o tutor

Aclaración

DNI



Firma y sello del médico

Autorizo a los responsables del Grupo Scout San Patricio (N°91) a firmar cualquier intervención quirúrgica o tratamiento de urgencia necesaria según consejo médico y aplicación de su criterio.

EI GRUPO SCOUT N° 91 SAN PATRICIO DE BELGRANO NO SE HACE RESPONSABLE POR ENFERMEDADES O PATOLOGIAS NO DECLARADAS EN ESTA FICHA MEDICA, LOS TRATAMIENTOS DERIVADOS DE ESTAS NI EL COSTO DE LOS MISMOS.

Firma madre, padre o tutor

Aclaración

DNI