



FORMULARIO MEDICO PARA ACTIVIDADES INTERNACIONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

Datos Personales

Asiste como:	Participante <input type="checkbox"/>	Dirigente <input type="checkbox"/>	Contingente <input type="checkbox"/>
--------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Sangre tipo: _____ RH: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo Masc. Fem.

En caso de Emergencia a visar a:		
Nombre : _____	Parentesco: _____	Teléfonos: _____
Nombre : _____	Parentesco: _____	Teléfonos: _____

A. Historial Médico Personal

Esta información nos permitirá conocer con anterioridad sus posibles problemas médicos con el fin de asistirle y ayudarle a conservar una buena salud durante su participación en el evento. Sirvase marcar con una X las condiciones que usted padezca o haya padecido.

Presión alta <input type="checkbox"/>	Presión baja <input type="checkbox"/>	Hemofilia <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Dolores de espalda (recurrentes) <input type="checkbox"/>	Sangre en eses <input type="checkbox"/>
Sangre en orina <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/>	Cáncer o tumor <input type="checkbox"/>
Colitis <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Abuso de drogas <input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	Problemas de la vista/ojos <input type="checkbox"/>
Problemas en la vesícula <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza (Frecuentes) <input type="checkbox"/>	Problemas de circulación <input type="checkbox"/>
Hemorroides <input type="checkbox"/>	Hernias <input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones <input type="checkbox"/>
Migraña <input type="checkbox"/>	Parálisis (polio) <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Trastornos mentales <input type="checkbox"/>	Operaciones quirúrgicas <input type="checkbox"/>	Anestesia general <input type="checkbox"/>
Trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/>	Nervios <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Claustrofobia <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>

En caso de marcar algún problema médico indique el tratamiento que lleva o reacciones a la misma o contraindicaciones.

Problemas de salud

Anote aquí cualquier problema de salud que haya tenido recientemente. Indique de si ha estado hospitalizado, detalles de cualquier enfermedad o accidente en los últimos 10 años. Indique también si ha tenido alguna cirugía mayor.

Naturaleza	Año	¿Por cuanto tiempo?
1.		
2.		
3.		
4.		

MEDICAMENTOS

Si está tomando algún medicamento y requiere de estos durante los días del evento, por favor asegúrese de traer la cantidad apropiada. Está usted tomando algún medicamento?. (Incluye pastillas, cremas, soluciones, inhaladores y anticonceptivos). SI NO

Nombre, Dosis, Indicación _____

ALERGIAS

Es posible a que usted sea alérgico a algunos medicamentos, alimentos, plantas o animales. Si usted ha sufrido alguna reacción alérgica ante alguno de estos factores indique en el espacio correspondiente el tipo y sírvase discutir con su doctor el tratamiento correspondiente.

¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

Si su respuesta es positiva indique los síntomas que ha tenido _____

¿Otros tipos de alergia?

SI NO

Detalles: _____

¿Es alérgico a la picadura de insectos?

SI NO

(avispas, mosquitos, etc.): Indique los síntomas que le produce _____

¿Ha recibido alguna vez inyecciones antialérgicas?

SI NO

Si su respuesta es positiva, brinde detalles _____

MARQUE LAS VACUNAS QUE YA POSEE E INDIQUE LA FECHA EN QUE LA OBTUVO.

VACUNA	X	FECHA	VACUNA	X	FECHA
TETANO			RABIA		
DIFTERIA			TIFO IDEA		
POLIO			HEPATITIS A		
RUBIOLA			HEPATITIS B		
SARAMPION			O tra:		

Autorizo a mi hijo(a) a participar en la actividad indicada, e igualmente autorizo al adulto encargado(a) para que en caso de accidente o enfermedad realice las acciones médicas necesarias mientras me apersono al lugar.
Hago constar que la información anterior es verdadera, la omisión o información errónea será totalmente de mi responsabilidad. Igualmente asumo el compromiso de cumplir las normas y reglamentos del evento y la delegación

Fecha _____

Nombre del participante

Firma

Cédula

Nombre del padre o tutor en caso ser menor de edad

Firma

Cédula

Hago constar que la persona antes indicada es miembro activo del grupo y cuenta con el visto bueno para participar en la actividad indicada de acuerdo a los requisitos solicitados.

Fecha _____

Nombre Jefe(a) Grupo

Firma

Cédula

Recuerde que el aprovechamiento del evento en su participación depende de un buen estado físico.