

Formulario Médico para Actividades Internacionales



Guías y Scouts
de Costa Rica
INSTITUCIÓN BENÉVOLENTA

Fotografía

Asiste como: Participante Dirigente Contingente

Datos Personales

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

Sangre tipo:	RH:	Edad:	Género		Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
			M	F				

En caso de Emergencia avisar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

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. Sírvase marcar con una X las condiciones que usted padezca o haya padecido.

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

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

Problemas de Salud

Anote aquí cualquier problema de salud que haya tenido recientemente. Indique 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 cuánto 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).

Nombre, dosis, indicación

Alergias

Es posible 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 médico 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? (avispas, mosquitos, etc.) **Si** **No**

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			Tifoidea		
Polio			Hepatitis A		
Rubiola			Hepatitis B		
Sarampión			Otra: _____		

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 de 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.