

# 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.