



FICHA MÉDICA



Nombre

Apellidos

Rut Fecha de Nacimiento / /

Edad Teléfono

Correo

Domicilio

Unidad a la que pertenece: Ronda Luciérnaga Compañía Juana de Arco
 Manada Lobo Blanco Tropa Impeesa Clan Antiyal

Antecedentes médicos

Sistema de salud: Fonasa Particular Fuerzas Armadas Isapre

(Nombre del Médico que lo atiende) (Teléfono Medico)

Es alérgico a (marcar con una X): Medicamentos Alimentos Arbustos Picada de Insectos Otros

(indique específicamente a que es alérgico y tratamiento "I")

(Grupo Sanguíneo) (Factor RH) (Padece alguna enfermedad Crónica cual)

Vacunas recibidas o enfermedades que padece o ha padecido (Marque con una X)

Tétano Asma Apendicitis Escarlatina Sonambulismo Dolor de Cabeza
 Influenza Varicela Sanguínea Epilepsia Cólicos Biliares Fiebre Reumática
 SARS-CoV-2 Hernia Sarampión Poliomielitis Colon Irritable Dolor de Muelas
 Difteria Paperas Hepatitis Hipertensión Diabetes Problema Renal
 Tifoidea Rubéola Desmayos Convulsiones Tuberculosis Problema Cardíaco
 Otras Incontinencia Urinaria

Intervenciones quirúrgicas padecidas (Marque con una X)

Vesícula Corazón Columna Apéndice Riñón Otras



FICHA MÉDICA



Se está efectuando algún tratamiento médico que requiera de cuidados. (descríbalo)

Está recibiendo algún tratamiento? Si No (Entregue medicamento e indicaciones al dirigente)

Enfermedad

Medicamento Dosis

Medicamento Dosis

Médico Tratante Teléfono

Observaciones que desee agregar:

Para información de Urgencia Avisar. (Nombre y teléfono: Parientes o Amigos)

(Nombre de la persona de Día)

(Teléfono)

(Parentesco)

(Nombre de la persona de Noche)

(Teléfono)

(Parentesco)

NOTA : SI EL NIÑO ES MENOR DE EDAD , DEBE FIRMAR EL PADRE , LA MADRE O EL TUTOR, EN CASO CONTRARIO DE SER MAYOR DE DAD DEBE FIRMAR EL PARTICIPANTE

AUTORIZACION

La experiencia ha demostrado que en actividades scouts, algunas veces cuando ocurren dolencias o accidentes, es necesario la intervención Médica o Quirúrgica. Esta es mi autorización para el Dirigente Scout a cargo del Grupo Scouts, para que en caso de una emergencia, obtenga la asistencia médica o quirúrgica necesaria para el niño (a) , sin necesidad de mi autorización. Eximo de toda responsabilidad al Dirigente Scout que presta asistencia, si la emergencia es producida por caso fortuito u omisión en la información precedente. Entiendo que seré notificado a la brevedad, si es usado este consentimiento.

NOMBRE Y APELLIDO (Padre o Tutor)	FIRMA y RUT	FECHA
-----------------------------------	-------------	-------