



ASOCIACIÓN SCOUTS DE COLOMBIA
REGIÓN VALLE DEL CAUCA
FICHA MÉDICA SCOUT



APELLIDOS _____
NOMBRES _____

TIPO DE SANGRE		EPS		POSEE ALGÚN IMPEDIMENTO FÍSICO?	
Grupo	Factor			SI ()	NO () Explique:
INMUNIZACIONES				INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS?	
TÉTANOS		TRIPLE VIRAL		SI ()	NO () Explique:
SI ()	NO ()	SI ()	NO ()		
VARICELA		INFLUENZA			
SI ()	NO ()	SI ()	NO ()		
RUBEOLA/SARAMPIÓN		FIEBRE AMARILLA			
SI ()	NO ()	SI ()	NO ()		
OTRAS		OTRAS			
SI ()	NO ()	SI ()	NO ()		
ENFERMEDADES QUE PADECE				ALERGIAS?	
SI ()	NO ()	Explique:		SI ()	NO () Explique:
CONDICIONES ESPECIALES DE SALUD Y DIETA?				REQUIERE MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?	
Explique:				SI ()	NO ()
				Nombre del Medicamento:	
				Medicación:	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A				INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE IMPORTANTE	
Parentesco:				Explique:	
Nombre:					
No. Cel:					

Firma del Padre

Firma de la Madre

"Nuestro Objetivo es lograr que el muchacho individualmente comprenda la importancia del cuidado personal y su responsabilidad con su propia salud y fortaleza". Baden Powell