



FICHA MÉDICA 2016
Grupo Guías Tenkayvilú
Colegio Saint John's Villa Academy



Antecedentes personales:

Nombre:..... Curso:.....
Edad:..... Fecha de Nacimiento:
Rut:.....
Dirección:..... Teléfono:.....
Nombre Mamá:..... Teléfono:.....
Nombre Papá:..... Teléfono:.....
Nombre apoderado:..... Teléfono:.....

Sistema de Salud: Marque con una cruz la alternativa correspondiente

- a) Isapre
- b) Fonasa
- c) Particular
- d) Fuerzas Armadas
- e) Ninguno

Seguro de accidentes:

- a) Clínica Alemana:
- b) Otra:

Grupo sanguíneo:.....

Padece alguna enfermedad crónica: (indique cuál es y su tratamiento)

.....
.....

Ha padecido enfermedades o intervenciones quirúrgicas de Relevancia (indique cuales):

.....
.....

Se está efectuando algún tratamiento médico que requiera de cuidados (describallo):

.....
.....

Está consumiendo algún tipo de medicamento (indique cual y su horario)

.....
.....

Antecedentes de salud:Alergias

Medicamentos:.....

Alimentos:.....

Penicilina:.....

Respiratorias:.....

Otras:.....

Antecedentes de: Responder (si) o (no), en caso de presentar el cuadro clínico, indique si está en tratamiento y con qué medicamento.

Crisis convulsivas febriles: (si) (no)

Epilepsia: (si) (no)

Desmayos: (si) (no)

Problemas oftalmológicos: (si) (no)

Problemas Auditivos: (si) (no)

Problemas ortopédicos (si) (no)

Problemas psiquiátricos (si) (no)

Otro problema relevante que desee dar a conocer: (si) (no).....

Medicamentos de uso habitual en caso de:

Dolor de cabeza moderado:.....

Dolor de cabeza fuerte:.....

Fiebre:.....

Dolor de estómago:

Dolor menstrual:

Resfrío:

Dolor de oídos:

Dolores musculares:

Otros:

¿Autoriza usted que en éstos casos se le administre el medicamento ya sea en campamento o en otras actividades realizadas por el grupo? (Marque con una cruz)

SI

NO

En caso de emergencia avisar a:

Nº	Nombre	Teléfonos	Parentesco
1			
2			

Firma apoderado