



GUÍAS Y SCOUTS  
DE CHILE  
**FICHA MÉDICA**

**DATOS PERSONALES**

Nombre Completo				Nacionalidad	
Nombre Social				Género	
Fecha de Nacimiento	/	/	RUT		
Edad	Años		Meses		
Estatura (mt)			Peso (kg)		

**DATOS DE GRUPO**

Nombre de Grupo		Unidad	
Zona		Distrito	

**DATOS PREVISIONALES**

Previsión (Marque la opción con una X)	Fonasa		Otro		Especifique	
	Isapre		Nombre			
¿Tiene algún seguro complementario de salud o escolar? (ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN)			Sí		No	
			Institución con convenio			

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Grupo sanguíneo		Factor Rh		
Alergias (Marque la opción con una X):	Sí		No	
Especifique si marco SÍ (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, anestésicos, etc.)				
Intolerancia alimentaria (Marque con una X)	Sí		No	
Especifique:				

**ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL**

¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental? (Marque con una X)	Sí		No		Especifique
¿Fue dado de alta?	Sí		No		Año
Actualmente ¿Está en control por salud mental?	Sí		No		Especifique
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)					
N° contacto profesional de salud mental					

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Causa / Fecha (Ej: Displasia de cadera, fracturas, apendicectomía, entre otras.)	
--	--

**HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES**

¿Ha estado hospitalizado? (Marque con una X)	Sí		No	
¿Alguna vez has estado en ventilación mecánica?	Sí		No	
Fecha aproximada de hospitalizaciones		Causa o motivo		

**TRASTORNOS ADAPTATIVOS O DE LA CONDUCTA (Ej: trastorno del espectro autista, entre otros)**

Especifique	
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)	

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (Marque con una X las opciones)**

Diabetes mellitus*		Asma		Convulsiones*	
Hipertensión arterial		EPOC		Alteraciones sanguínea*	
Patología cardíaca*		Tuberculosis		Alt. oftalmológica*	
Dolor de cabeza*		Epilepsia		Alteraciones auditivas*	
Vértigo / Mareo		Enf. renal*		Resistencia a la insulina	
Paro cardiorespiratorio		Autoinmune*		Hipo/Hipertiroidismo	
Especifique*:					
Otra (mencionar):					
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)					

**¿HA CURSADO ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA SALUD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? (cefaleas, dolor abdominal, diarrea, etc.) Marque la opción con una X**

Sí		No		Especifique
----	--	----	--	-------------

¿Cuándo inició con los síntomas?		Fecha de inicio del tratamiento	
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)			

TUVO ALGÚN CONTACTO (pariente, amistades o personas del colegio) CON ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA (Covid-19, tuberculosis, varicela, dengue, sika, chagas, etc.)			
Sí		No	
¿Cuál?		¿Dónde?	
¿Ha viajado al extranjero el último año?	Sí	No	
País que visitó y fecha:			
Vacuna que se administró para el viaje:			
¿Ha estado en contacto con alguien que haya viajado al extranjero el último año?	Sí	No	
	País del que llegó:		
¿Vas a viajar antes del campamento?	Sí	No	
Especifica: (dónde, fecha y con quienes)			

INFORMACION GINECO-OBSTÉTRICA			
¿Tienes menstruaciones? (Marca con una X)	Sí	No	
¿Tus ciclos menstruales son...?	Regulares	Irregulares	
¿Sufres de dismenorrea (cólicos/dolores)?	Sí	No	
Medicamento para cólicos (nombre)			
Método anticonceptivo (nombre)			
¿Estás cursando un embarazo? (Marque con una X)	Sí	No	Semanas de embarazo

ANTECEDENTES DENTALES			
Fecha del último control dental			
¿Cursa actualmente algún tratamiento?	Sí	No	
Especifique			

ANTECEDENTES DE VACUNAS			
¿Tiene al día las vacunas del Plan Nacional de Inmunización? (Marque la opción con una X)	Sí	No	
¿Ha recibido otra vacuna? Ej: Fiebre amarilla, refuerzo antitetánica, antirábica, etc.			
Especifique			

**NECESIDADES Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS:** Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimentarias. Incluyendo ayudas técnicas. Ej: aerocámara para inhaladores.

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre/Parentesco		Teléfono	
Nombre/Parentesco		Teléfono	

**IMPORTANTE:** Debe adjuntar receta médica por tratamientos indicados en ficha. Llevar medicamentos, inhaladores, aerocámara, entre otros. Si está cursando un embarazo debe llevar carné de control.

Entregue esta ficha a la persona Responsable de la Unidad y hágale saber cualquier precaución o necesidad específica. Recuerde que la ficha es importante desde el momento de iniciar el viaje hasta su regreso. En caso de enfermedad o accidente grave nos pondremos en contacto de inmediato con usted. Si la situación lo requiere la persona afectada será trasladada al servicio de urgencia más cercano.

Doy fe que la información contenida corresponde a la realidad de la persona que se individualiza.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**  
 DIRIGENTE/GUIADORA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**  
 TITULAR / TUTOR/A LEGAL O APODERADO/A

\_\_\_\_\_  
 / /  
**FECHA**