

Historial médico: niñas, jóvenes y adultos

Número de tropa: _____ Nivel: _____	Nombre padre: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____ Celular: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____	Trabajo: _____ Teléfono: _____
Dirección postal: _____	Persona a notificar en caso de emergencia: _____
Zip code: _____ SS: _____ - _____ - _____	Relación: _____
Nombre madre: _____	Teléfono: _____ Celular: _____
Teléfono: _____ Celular: _____	Nombre del médico: _____
Trabajo: _____ Teléfono: _____	Teléfono: _____ - _____ - _____

Parte I. Enfermedad crónica o recurrente (marque las que le aplique con las fechas)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infección de oído | <input type="checkbox"/> Desorden músculo-esquelético |
| <input type="checkbox"/> Condición cardíacas | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/ coagulación | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Fecha última revisión médica _____

¿Alguna complicación en su última revisión? _____

¿Está el participante actualmente bajo supervisión médica o psicológica? _____

En el último examen de salud, el participante tuvo:

¿Una lesión seria, que haya requerido atención médica? _____ Sí _____ No

¿Algún medicamento con o sin receta? _____ Sí _____ No

¿Tratamiento en un hospital o sala de emergencia? _____ Sí _____ No

¿Exposición a enfermedades contagiosas? _____ Sí _____ No

¿Una enfermedad por más de cinco días? _____ Sí _____ No

¿Una enfermedad o fractura? _____ Sí _____ No

¿Alguna restricción de actividades físicas? _____ Sí _____ No

Por favor explique las que haya marcado con un Sí e incluya fechas

Continuación historial médico

Parte II. Alergias (marque lo que le aplique y explique la naturaleza de su reacción alérgica)

<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Picada de insecto	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Plantas	<input type="checkbox"/> Medicinas/ drogas <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
---	---	---

Parte III. Otras condiciones de salud (marque las que aplique)

<input type="checkbox"/> Orinarse en la cama <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dolores menstruales <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Desorden del sueño <input type="checkbox"/> Desorden del riñon <input type="checkbox"/> Desorden emocional	<input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Espejuelos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Varicelas <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---	--

¿Sabe nadar? ____Sí ____No

Por favor explique las que halla marcado e indique cualquier información que sea de ayuda en caso de emergencia o cualquier actividad restringida _____

No hay ninguna razón por la cual mi hija no pueda participar en las actividades del programa, excepto en las anteriormente marcadas o informadas por el médico.

Firma Padre/ encargado
(en caso que el participante sea menor de 18 años)

Fecha

Este historial médico está completo.

Firma del adulto participante del evento

Fecha

Parte IV. Solamente el médico (para viajes)

- El participante descrito en esta forma está capacitado y en buena condición física para participar de este evento.
- El participante descrito en esta forma no está capacitado para realizar las siguientes actividades: _____

Nombre del médico (letra de molde)

Firma del médico

Número de licencia _____
Teléfono ____-____-_____

Dirección postal: _____

Fecha ____/____/_____