Movimiento Exploradoril Salesiano
Exploradores Argentinos de Don Bosco

Batallón 1

Gral Manuel Belgrano
Fundado en 1915

Obra de Don Bosco
Casa San Francisco de Sales

FICHA MÉDICA 2016

Datos personales:

COMPAÑÍA: .....
HORNEROS / CAMINANTES / PIONEROS / RASTREADORES / BAQUIANOS / SOLES

Apellido: .....

Nombres: ..... **Edad:** .....

Vacunas:

Antitetánica: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Hepatitis A y B: (opcional) SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

EN CASO DE NO POSEER ANTITETÁNICA AL DÍA, APLICARLA. POR FAVOR, ADJUNTAR CERTIFICADO.

Grupo Sanguíneo:

Grupo: .....

Factor RH: .....

Plan de Salud:

Obra Social o medicina prepaga: .....

Nº de afiliado: .....

Enfermedades, Alergias y Tratamientos:

1º.- A. ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? SI ☐ NO ☐

B. ¿Por qué enfermedad? .....

2º.- A. ¿Toma actualmente algún medicamento? SI ☐ NO ☐

B. ¿Cuál? .....

C. ¿Qué dosis y frecuencia diaria? .....

3º.- A. ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? SI ☐ NO ☐

B. ¿Por qué motivo? (Diagnóstico) .....

4º.- ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X / Indicar en qué momento se padecieron).

X		Fecha	X		Fecha	X		Fecha
	Alergia ¿Cuáles?			Fracturas			Problemas de alimentación	
	Gastritis o úlcera			Hernias inguinales u otras			Diabetes	
	Hepatitis			Enfermedades de los pulmones			Epilepsia o convulsiones	
	Mononucleosis infecciosa			Enfermedades de los intestinos			Enfermedades psiquiátricas	
	Sarampión			Enfermedades renales crónicas			Enfermedades cardíacas	
	Parotiditis			Cólicos renales			Hipertensión arterial	
	Fiebre reumática			Infecciones urinarias			Anemia	
	Escoliosis o enferm. de la columna			Enfermedades de los huesos o articulaciones			Procesos inflamatorios o infecciones	
	Esguinces o luxaciones			Colesterol			Hipertensión arterial	

5º.- ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica? SI ☐ NO ☐

Describir:.....

(EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO)

6º.- ¿Tiene Libreta Sanitaria ACTUALIZADA? **(ADJUNTAR FOTOCOPIA)** SI ☐ NO ☐

7º.- ¿Está apto para realizar actividades físicas? SI ☐ NO ☐

8º.- Observaciones de interés para los jefes o de otro tipo.

.....

.....
Firma y sello del médico

AUTORIZACIÓN:

Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos de esta ficha, la cual es una declaración jurada y tiene ***validez hasta el 31 de mayo de 2017*** *autorizando así a concurrir a las actividades del Batallón 1.* ***Nos comprometemos también a notificar cualquier modificación*** *que ocurra dentro de este tiempo de validez.*

Fecha: ..... / ..... / 2016

.....
Firma y aclaración del padre / tutor

.....
Firma y aclaración de la madre

2005 v.1

El Batallón NO se hace responsable de los datos que no se notifiquen por escrito en esta ficha.