



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

Personería Jurídica Nacional: Res. I.G.J. N°999 del 24/09/1998

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

ANEXO 2 - NORMA CE004-07

Apellido _____
 Nombre _____
 Fecha de nacim.: _____ / _____ / _____
 D.N.I.: _____
 Domicilio _____
 Teléfono: _____
 Tel. p/ emerg. _____

La historia clínica que Ud. se dispone a llenar y que acompañará a su hijo o a usted durante acantonamientos, campamentos o salidas, contempla una serie de datos y antecedentes que orientarán eficazmente al médico actuante en caso de necesidad. La veracidad y amplitud con que Ud. responda al cuestionario que sigue, hará más rápido y efectivo el diagnóstico y posterior tratamiento de cualquier dolencia que se manifieste en el campamento.

Vacunas (Marque aquellas que tiene registro)

VACUNAS	Nº de dosis	Fecha ultima dosis
Antitetánica		
B.C.G.		___/___/___
Triple (DPT)		___/___/___
Doble (DT)		___/___/___
Antisarámpionosa		___/___/___
Triple Viral (MMR)		___/___/___
Hibtitler		___/___/___
Cuádruple		___/___/___
Va Mengoc BC		___/___/___
Anti Hepatitis A		___/___/___
Anti Hepatitis B		___/___/___

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (Marque con un círculo la opción que corresponda)

Rubéola	SI	NO
Varicela	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO
Paperas	SI	NO
Parasitosis Intestinales	SI	NO
Enfermedad de Chagas	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Neumonía	SI	NO
Pleuresía	SI	NO
Úlcera gastroduodenal	SI	NO
Bocio	SI	NO
Nefritis	SI	NO
Escarlatina	SI	NO
Erisipela	SI	NO
Sarampión	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Micosis	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Asma bronquial	SI	NO
Hernias	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Meningitis	SI	NO

¿Es diabético? SI NO
 ¿Cuál es su régimen de insulina?

¿Puede comer de todo? SI NO
 ¿Sigue algún régimen especial? SI NO
 ¿Cuál?

¿Sufre alguna enfermedad crónica? SI NO
 ¿Cuál?

¿Sufre alguna otra enfermedad? SI NO
 ¿Cuál?

¿Tiene fobias/miedos/panico/claustrofobia? SI NO
 ¿A qué?

¿Es sonámbulo? SI NO
 ¿Sabe nadar? SI NO
 ¿Toma alguna medicación? SI NO
 ¿Cuándo?
 Indicar dosis

¿Es alérgico? SI NO
 ¿Es alérgico a algún medicamento? SI NO
 ¿A cuál?
 ¿Qué usa en su reemplazo?

Conteste las siguientes situaciones

	SI	NO
Sufre urticaria		
Cicatrizan mal sus heridas		
Sufre mareos		
Tiene dolor de cabeza con frecuencia		
Ha tenido desmayos		
Ha tenido infecciones en los oídos		
Se resfría fácilmente		
Tiene hemorragias nasales		
Experimenta falta de aire		
Tuvo o tiene dolores articulares		
Sufre presión alta		
Sufre presión baja		
Alguna vez recibió transfusiones de sangre		
Tiene palpitaciones		
Tuvo ardor al orinar		
Ha orinado sangre		
Ha tenido convulsiones		
Hemodiálisis		
Siente silbidos en el pecho al respirar		
Tiene picos de fiebre con frecuencia		
Ha escupido sangre		
Tiene digestión lenta		
Sufre acidez estomacal		
Mueve bien su vientre		
Suele tener diarreas		
Duerme bien		
Practica deportes		

¿Conoce su grupo sanguíneo?

Grupo _____ Factor _____

Alguna otra situación que desee poner en conocimiento del dirigente

POR FAVOR: PUEDE UTILIZAR LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA PARA AMPLIAR CUALQUIER COMENTARIO QUE CONSIDERE ÚTIL - AGREGUE AL PRESENTE FORMULARIO FOTOCOPIAS DE DOCUMENTACIÓN QUE CONSIDERE CONVENIENTE.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Datos Obra Social

Credencial N°:

Teléfono Obra Social: