

FICHA DE SALUD



FECHA: A _____ DE _____ DE 20__

DATOS DE IDENTIFICACION			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
PROVINCIA		GRUPO	
CUM		SECCION	

ALERTA			

DATOS MÉDICOS GENERALES					
GRUPO Y R.H.		AFILIACIONES A SERVICIOS DE SALUD			
PESO			<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES PUBLICAS	<input type="checkbox"/> ASEGURADORAS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
TALLA		NOMBRE DEL PROVEEDOR			
I.M.C.		NO. DE POLIZA			
ALIMENTACION		DERECHOHABIENCIA			
		OBSERVACIONES			

ALERGIAS	
ESPECIFICAR AGENTE ALERGICO Y REACCION QUE PROVOCA:	

TRATAMIENTOS ACTUALES	
ESPECIFICAR MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD DE TOMA:	

HISTORIAL MEDICO	
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HAS PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:	

ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE
DIABETES			RESPIRATORIOS		
HIPERTENSIÓN			OFTALMICOS		
EVENTO EPILEPTICO			NARIZ Y/U OIDOS		
PROBLEMA CARDIACO			NEUROLOGICOS		
DESMAYOS Y/O MAREOS			HEMATOLOGICOS		
ASMA			HEPATICOS		
TOXICOMANIAS			APARATO DIGESTIVO		
CIRUGIA RECIENTE			TIROIDEO		
EMBARAZO Y/O PUERPERIO			DERMATOLOGICO		
TRANSFUSION			INMUNOLOGICOS		
LESION MUSCULO ESQUELETICA			URINARIOS		
ORTOPÉDICOS			COVID-19		

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS/PSIQUIATRICOS					
EN LOS ULTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE	ANTECEDENTE	SI/NO	ESPECIFIQUE

CAMBIOS EN ALIMENTACION			ALTERACIONES DEL SUENO		
AISLAMIENTO PERSONAL			AGOTAMIENTO EXCESIVO		
SENSACIÓN DE VACÍO O SIN IMPORTANCIA			DOLORES INEXPLICABLES		
IMPOTENCIA O DESESPERANZA			AUMENTO EN TOXICOMANIAS		
CONFUSIÓN, DISTRACCIÓN O IRRITABILIDAD			CAMBIOS DE HUMOR		
PENSAMIENTOS Y/O RECUERDOS QUE NO SALGAN DE SU CABEZA			ESCUCHAR VOCES O CREER COSAS QUE NO SON CIERTAS		
PENSAR LASTIMARSE A SÍ MISMO U OTROS			DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS DIARIAS		

En caso de encontrarse bajo tratamiento médico controlado describa las dosis y procedimientos indicados.

FICHA DE SALUD



INMUNOLOGIA									
NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA	NOMBRE	VACUNA	FECHA	PADECIO	FECHA
TÉTANOS					INFLUENZA				
DIFTERIA					PAPILOMA				
SARAMPIÓN/RUBEOLA					HEPATITIS				
PAPERAS					MENINGITIS				
POLIOMIELITIS					REACCIÓN A VACUNAS				
ROTAVIRUS					OTRAS				
COVID 1ª DOSIS					COVID 2ª DOSIS				
COVID REFUERZO					ESCRIBA LA MARCA DE LA VACUNA COVID	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS
CONTACTO DE EMERGENCIAS									
CONTACTO 1									
NOMBRE					PARENTESCO				
TELÉFONO					TELÉFONO (2)				
DIRECCION					CORREO				
CONTACTO 2									
NOMBRE					PARENTESCO				
TELEFONO					TELÉFONO (2)				
DIRECCION					CORREO				
OBSERVACIONES			<p>Autorizamos en este acto a la Häsü y colaboradores externos a que en caso de que ocurra ALGÚN accidente durante las ACTIVIDADES, se brinde la atención pre-hospitalaria necesaria, así como que en caso de ser necesario se traslade al hospital, centro de salud o socorro más cercano, esta autorización incluye todos los tratamientos y medicamentos que los profesionales de la salud consideren necesarios para salvaguardar la integridad de la persona.</p> <p>Autorizamos a la Häsü para que preserve por los medios disponibles todos los hechos relacionados a cualquier incidente que ponga en riesgo la integridad con la finalidad de brindar una mejor atención.</p>						

Declaro bajo protesta decir verdad que los datos asentados son ciertos y vigentes a la fecha del presente documento, así mismo anexo (de ser necesario) recetas e indicaciones del medico tratante junto con los datos de contacto en caso de emergencia.

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR



NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO