



# ASOCIACION GUIAS ARGENTINAS Zona Baden Powell



## Ficha Médica

La ficha médica que Ud. se dispone a llenar y que acompañará a su hija o a Ud. durante salidas, acantonamientos o campamentos, 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

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

T.E.: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

¿Es alérgica a alguna medicación?: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Está afiliada a la Obra Social: \_\_\_\_\_

N° de afiliada: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Diabetes: \_\_\_\_\_ Cardiopatías: \_\_\_\_\_

Circulatorios: \_\_\_\_\_ Respiratorios: \_\_\_\_\_

Neurológicos: \_\_\_\_\_ Urinarios: \_\_\_\_\_

Gastrointestinales: \_\_\_\_\_ Dérmicos: \_\_\_\_\_

Glandulares: \_\_\_\_\_ Genitales: \_\_\_\_\_

Otros trastornos: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA

VACUNAS (marque aquellas de las que tiene registro)

	<b>N° de dosis</b>	<b>Fecha última dosis</b>
B.C.G.	_____	_____
Sabín	_____	_____
Antitetánica	_____	_____
Doble (DT)	_____	_____
Triple (DPT)	_____	_____
Cuádruple	_____	_____
M.M.R.	_____	_____
Hibtititer	_____	_____
Va. Mengoc BC	_____	_____
Anti Hepatitis A	_____	_____
Anti Hepatitis B	_____	_____
Otras	_____	_____

### ENFERMEDADES PADECIDAS

<b>Rubéola</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Poliomielitis</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Varicela	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Tos Convulsa	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Mal de Chagas	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO
Difteria	SI	NO	Parasitosis intest.	SI	NO
Paperas	SI	NO	Nefritis	SI	NO
Neumonía	SI	NO	Bronquitis	SI	NO
Pleuresía	SI	NO	Asma Bronquial	SI	NO
Bocio	SI	NO	Meningitis	SI	NO
Erisipela	SI	NO	Hernias	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Úlcera Gastrod.	SI	NO
Micosis	SI	NO	Cardíacas	SI	NO

Otras \_\_\_\_\_

### **INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

¿Cuáles y cuándo? \_\_\_\_\_



**ASOCIACION GUIAS ARGENTINAS**  
**Zona Baden Powell**

*Ficha Médica*



---

**ACTUALMENTE PADECE DE...**

Afecciones de garganta \_\_\_\_\_

Afecciones de oído \_\_\_\_\_

Afecciones de nariz \_\_\_\_\_

Afecciones de ojos \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_

Trastornos neurológicos \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza frecuentes \_\_\_\_\_

Palpitaciones \_\_\_\_\_

Hipertensión o hipotensión \_\_\_\_\_

Cardiopatías \_\_\_\_\_

Trastornos gástricos \_\_\_\_\_

Constipación \_\_\_\_\_

Diarreas \_\_\_\_\_

Bulimia o Anorexia \_\_\_\_\_

Trastornos hepáticos \_\_\_\_\_

Parasitosis intestinales \_\_\_\_\_

Reuma \_\_\_\_\_

Trastornos glandulares \_\_\_\_\_

Dolores articulares \_\_\_\_\_

Mala cicatrización de heridas \_\_\_\_\_

Trastornos en la micción \_\_\_\_\_

Afecciones cutáneas \_\_\_\_\_

Trastornos menstruales \_\_\_\_\_

Alergia (a qué) \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Tratamiento que sigue actualmente \_\_\_\_\_

Administración actual de medicamentos \_\_\_\_\_

**Régimen especial de comidas** \_\_\_\_\_

**Actividad física adaptada, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

**Régimen de insulina** \_\_\_\_\_

---

*Nombre y apellido del médico de cabecera* \_\_\_\_\_

*Dirección* \_\_\_\_\_

*T.E.* \_\_\_\_\_ *Fecha de revisión* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del médico*

\_\_\_\_\_  
*Sello del médico*

---

**Cuando sobrevenga alguna de las enfermedades mencionadas u otra en particular, nos comprometemos a informar por medios fehacientes**

\_\_\_\_\_  
*Firma de la madre y aclaración*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre y aclaración*



**ASOCIACION GUIAS ARGENTINAS**  
**Zona Baden Powell**

Ficha Médica



Estas 4 páginas deben imprimirse en doble faz. De este modo la primer hoja (integrada por las carillas 1 y 2) es la historia clínica de la guía que será archivada por la guiadora a la cual se le irá agregando los nuevos datos de salud que los padres acerquen al grupo a medida que vayan ocurriendo.

La segunda hoja (integrada por las carillas 3 y 4) es la que anualmente el médico llenará cuando le realice a la guía la revisión correspondiente.