



Formulario de Información de Salud

Planilla Versión: 01-25

www.scouts.org.ar

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Los Datos consignados en la presente tienen carácter de declaración jurada por el firmante

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento.: _____

D.N.I.: _____

N° Zona: 10 N° Distrito: 01 N° Grupo: 309

Domicilio: _____

Teléfono para Emergencia 1: _____

Teléfono para Emergencia 2: _____

La información que Ud. se dispone a llenar y que acompañará a su hijo/a o a usted durante todas las actividades, contempla una serie de datos y antecedentes que orientarán al personal de salud actuante en caso de necesidad.

Vacunas	Ultima Dosis
Quíntuple	
Triple Bacteriana Celular	
Triple Bacteriana Acelular	
Doble Bacteriana	
No tiene las vacunas mencionadas	
No sabe/no contesta	

¿Toma alguna medicación? SI - NO ¿Cuál?
.....

¿Padece alguna enfermedad crónica? SI - NO ¿Cuál?
.....

¿Requiere tratamiento? SI - NO ¿Cuál?
.....

¿Tiene CUD? SI – NO

¿Sufre alguna alergia? SI - NO ¿Cuál?
.....

¿Está anticoagulado? SI – NO ¿Con cuál droga?
.....

¿Sigue algún régimen dietario especial? SI - NO ¿Cuál?
.....

¿Ha tenido ataques de pánico/ansiedad? SI – NO
Indique frecuencia.....

¿Cuenta con un diagnóstico de un profesional de salud mental? SI – NO ¿Cuál?
.....

Recibe tratamiento SI – NO ¿Cuál?
.....

¿Tiene algún miedo excesivo o fobia? SI – NO

De haber realizado un control médico indique fecha:

Conteste las siguientes situaciones (Indicar con SI o NO)

Tiene hemorragias nasales	
Sangran sus encías al cepillarse los dientes	
Tiene dolor de cabeza	
Sufre presión alta	
Sufre presión baja	
Alguna vez recibió transfusiones de sangre	
Ha tenido convulsiones	
Tuvo cirugías en el último año	
Tuvo internaciones en el último año	
Realiza actividad física	
Puede realizar cualquier tipo de actividad física	
Si su respuesta fue NO especifique debajo	

Grupo Sanguíneo _____ - Factor RH _____

Peso: _____ Kg. – Talla: _____ m.

Si Ud. considera que esta declaración jurada requiere la realización de un certificado de aptitud médica para las actividades del Programa Total de SAAC adjúntelo.

Si considera necesario que algún educador del grupo se comuniquen con Ud. por favor indíquelo

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

Obra Social o Prepaga: _____

Credencial No: _____

Tel. Emergencia Obra Social: _____

Declaro bajo juramento que toda la información aquí aportada es verídica y de sufrir alguna modificación de los datos o de hechos nuevos, asumo el compromiso de informarla a la brevedad.

Adulto/Madres/Padres/Tutores/Responsable:

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____ Fecha: _____