



Formulario de Historia Clínica

Planilla Versión: 07-21
www.scouts.org.ar

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

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

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha de nac.: ____/____/____
 D.N.I.: _____
 Domicilio: _____

 Teléfono: _____
 Tel. p/ emergencias: _____

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 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	Última Dosis
BCG	/ /
Hepatitis B	/ /
Neumococo	/ /
Quíntuple	/ /
IPV	/ /
HPV	/ /
Rotavirus	/ /
Meningococo ACYW	/ /
Antigripal	/ /
Hepatitis A	/ /
Triple Viral	/ /
Varicela	/ /
Triple Bacteriana Celular	/ /
Triple Bacteriana Acelular	/ /
Virus Papiloma Humano	/ /
Doble Bacteriana	/ /
Fiebre Amarilla	/ /
Fiebre Hemorrágica Argentina	/ /
COVID	/ /

¿Sufre alguna enfermedad crónica? (asma, diabetes, hipertensión, etc) SI - NO ¿Cuál?

¿Requiere tratamiento? SI - NO ¿Cuál?

¿Sufre alguna alergia? SI - NO ¿Cuál?

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

¿Toma alguna medicación? SI - NO ¿Cuál?

¿Conoce su grupo sanguíneo?

Grupo _____ Factor _____

Peso / Talla: Kg / mts.

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (Indicar con SI o NO)

Enfermedades Cardiacas/Cardiovasculares	
Enf. Respiratorias	
Enf. de la Piel	
Enf. del Tracto Digestivo	
Enf. Neurológicas/Sist. Nervioso	
Enf. Oncológicas	
Enf. Infecciosas/Parasitarias	
Enf. de la Sangre	
ETS	
Enf. Sist. Inmunitario	
Enf. Endocrinas	
Enf. Psiquiátricas/Mentales	
Enf. Oftalmológicas	
Enf. Auditivas	
Enf. Aparato Genitourinario	
Enf. Congénitas	

Conteste las siguientes situaciones (Indicar con SI o NO)

Cicatrizan mal sus heridas	
Tiene hemorragias nasales con frecuencia	
Tiene dolor de cabeza con frecuencia	
Sufre presión alta	
Sufre presión baja	
Alguna vez recibió transfusiones de sangre	
Ha tenido convulsiones	
Tiene picos de fiebre con frecuencia	
Sufre acidez estomacal	
Tuvo cirugías recientemente	
Tuvo internaciones recientemente	
Duerme bien	
Tiene síntomas compatibles con COVID	

Alguna otra situación que desee poner en conocimiento de la institución:

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.

Datos Obra Social

Nombre de Obra Social: _____

Credencial No: _____

Teléfono Obra Social: _____

Madres/Padres/Tutores/Curadores:

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____ Fecha ____/____/____