



Exploradores Del Rey
República Dominicana
Formulario de antecedentes médicos

Datos Personales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/año):	Edad	Estatura:	Peso

Historial Médico

Esta información nos permitirá conocer con anterioridad sus posibles problemas médicos con el fin de asistirle y ayudarlo a conservar una buena salud durante su participación en el evento. Sírvase marcar con una "X" las condiciones que usted padezca o haya padecido.

<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Presión baja	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolores de espalda	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones
<input type="checkbox"/> Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Operaciones quirúrgicas
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Hernias	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de circulación
<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de vesícula
<input type="checkbox"/> Nervios	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Claustrofobia	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales

Problemas de Salud

Anote aquí cualquier problema de salud que haya tenido recientemente; indique si ha estado hospitalizado, si ha tenido una cirugía mayor y cualquier otro detalle de enfermedad o accidente en los últimos 10 años.

Problema, cirugía o accidente	Año	Descripción

Tratamientos Médicos

En caso de marcar algún problema médico indique el tratamiento que lleva, reacciones o contraindicaciones a la misma.

Medicamento	Dosis	Contraindicaciones	Observaciones

Alergias

Es posible que usted sea alérgico a algunos medicamentos, plantas o animales. Si usted ha sufrido alguna reacción alérgica ante alguno de estos factores indique en el espacio correspondiente el tipo y sírvase discutir con su doctor el tratamiento correspondiente.

	Sí	No	Cual
¿Es alérgico (a) a algún medicamento?			
¿Es alérgico (a) a picaduras de insectos (Avispas, mosquitos, etc)?			
¿Es alérgico (a) a algún alimento?			
¿Es alérgico (a) a algún animal?			
¿Es alérgico (a) a al polvo?			
¿Ha recibido usted inyecciones antialérgicas?			



Exploradores Del Rey
República Dominicana
Formulario de antecedentes médicos

Vacunas

Marque las vacunas que ya posee e indique la fecha en que la obtuvo.

Vacuna	SI	NO	Año
Tétano			
Difteria			
Polio			
Rubéola			
Sarampión			

Vacuna	SI	NO	Año
Rabia			
Tifoidea			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Otra			

Información de Seguro

Por favor provea la siguiente información acerca de su cobertura de seguro de salud. Si NO HAY, por favor indique eso.

Nombre de la compañía de seguro:	Teléfono:	Número de póliza
Número del certificado/grupo:	Fecha de vigencia de cobertura:	Nombre del dueño de la póliza:

En caso de emergencia avisar a:

Nombre	Nº teléfono habitación	Nº teléfono celular	Parentesco

Hago constar que la información anterior es verdadera, la omisión o información errónea será totalmente de mi responsabilidad, igualmente asumo el compromiso de cumplir las normas y reglamentos del evento y la delegación.

Nombre del participante:	Firma	Nº ID
Nombre del padre o tutor (<i>en caso de ser menor de edad</i>)	Firma	