

Récord Médico Confidencial del Voluntario.



FECHA: _____

SECCIÓN 1 - Información General

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Participante | | Dirección Domiciliaria _____ | |
| Nombre _____ | F <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Género | M <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Edad _____ | Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ | Ciudad _____ | |
| Ocupación _____ | | Teléfonos _____ | |
| Email _____ | | Celular _____ | |
| Madre/Representante | | Padre/Representante | |
| Nombre _____ | | Nombre _____ | |
| Relación _____ | | Relación _____ | |
| Teléfonos _____ | | Teléfonos _____ | |
| Email _____ | | Email _____ | |
| Contacto de Emergencia (diferente a padre/representante) | | Doctor familiar | |
| Nombre _____ | | Nombre _____ | |
| Relación _____ | | Teléfono trabajo _____ | |
| Teléfono domicilio _____ | | Celular _____ | |
| Teléfono trabajo _____ | | | |
| Celular _____ | | | |
| Información de Seguro Médico | | | |
| ¿Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre de entidad aseguradora _____ | | Número de la póliza _____ | |
| Por favor adjunte una copia de la póliza. | | | |

SECCIÓN 2 - Problemas Médicos Pasados y Actuales.

A. Condiciones y Síntomas (Por favor llene en TODOS los espacios)

| # | Condición | Sí | No | # | Condición | Sí | No | # | Condición | Sí | No |
|----|---|----|----|----|---|----|----|--|---|----|----|
| 1 | Presión Alta | | | 24 | Lupus | | | 48 | Problemas de tobillo | | |
| 2 | Enfermedad del corazón | | | 25 | Congelamiento de tejidos | | | 49 | Problemas de pierna/cadera | | |
| 3 | Soplo al corazón | | | 26 | Problemas de circulación | | | 50 | Problemas de pies | | |
| 4 | Arritmia | | | 27 | Orina en la cama | | | 51 | Embarazo actual | | |
| 5 | Historia familiar de ataques cardíacos | | | 28 | Heridas de la cabeza con deterioro neurológico | | | 52 | Marcapasos, prótesis u otros dispositivos | | |
| 6 | Tuberculosis | | | 29 | Dolores de cabeza - Migraña | | | 53 | Problemas de aprendizaje | | |
| 7 | Exposición reciente a tuberculosis activa | | | 30 | Ulceras estomacales | | | 54 | Dieta especial | | |
| 8 | Prueba positiva de tuberculosis | | | 31 | Problemas intestinales, diarrea o estreñimiento | | | 55 | Pérdida drástica de peso | | |
| 9 | Hepatitis actual | | | 32 | Sufre de Insolación | | | 56 | Problemas de mal de altura | | |
| 10 | Historia de hepatitis | | | 33 | Infección de vías urinarias | | | ¿Tiene regularmente uno de los siguientes síntomas? | | | |
| 11 | Epilepsia | | | 34 | Problemas de riñón | | | | | | |
| 12 | Convulsiones | | | 35 | Problemas de tiroides | | | 57 | Dolor/presión en el pecho | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------|--|--|----|------------------------------------|--|--|----|-----------------------------------|--|--|
| 13 | Problemas de coagulación | | | 36 | Problemas endócrinos | | | 58 | Palpitaciones del corazón | | |
| 14 | Anemia | | | 37 | Discapacidad auditiva | | | 59 | Falta de aire | | |
| 15 | Tos crónica | | | 38 | Discapacidad visual | | | 60 | Sudoración abundante | | |
| 16 | Infecciones recurrentes de pulmones | | | 39 | Vértigo | | | 61 | Mareos frecuentes | | |
| | Asma | | | 40 | Sonambulismo | | | 63 | Desmayos frecuentes | | |
| 17 | Rinitis alérgica | | | 41 | Fractura de huesos | | | 64 | Calambres musculares | | |
| 18 | Diabetes | | | 42 | Problemas de cuello | | | 65 | Intolerancia al calor | | |
| 19 | Hipoglucemia | | | 43 | Problemas de espalda | | | 66 | Problemas premenstruales | | |
| 20 | Anorexia | | | 44 | Problemas de codos, manos, muñecas | | | 67 | Intolerancia a temperaturas frías | | |
| 21 | Bulimia | | | 45 | Problemas de hombros | | | 68 | Ronca al dormir | | |
| 22 | Cáncer | | | 46 | Problemas de rodilla | | | 69 | Otros | | |
| 23 | Problemas cutáneos | | | 47 | Artritis | | | | | | |

Si usted ha contestado "Sí" a cualquiera de las condiciones anteriores, por favor explíquela abajo. Incluya:

*Síntomas específicos que ocurren

*Duración de los síntomas

*Fecha de la última vez que ocurrió

*Frecuencia de los síntomas

*Tratamiento de los síntomas

*Impedimentos

| # | Descripción Detallada |
|---|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

B. Alergias - a medicamentos, comida, picaduras.

| Alergia | Reacción | Tratamiento |
|---------|----------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

C. Medicamentos que toma actualmente

| Medicamento | ¿Para qué condición? | Dosificación | Horario |
|-------------|----------------------|--------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

D. Hospitalización/Emergencias

| Fecha de Ingreso | Razón | Tiempo de estadía |
|------------------|-------|-------------------|
| | | |
| | | |

E. Restricciones Alimenticias o Dietas Especiales, favor especificar:

F. Habilidades de Natación (escoja una)

No sabe nadar No puede nadar más de 90 metros Es un nadador moderado
 Nada excelentemente

G. ¿Cuenta con una certificación de Buceo?

Sí No
¿Con qué certificación cuentas?

¿Cuál fue la fecha de tu último buceo? _____

IMPORTANTE: Todos los datos antes mencionados deberán ser completados a cabalidad, necesitamos estar alerta de aquellas condiciones para tu beneficio. Si existe alguna condición pre-existente que se indique en la ficha médica y se encuentra obligado a dejar el programa por aquella condición, el costo de la evacuación será cargado a usted.

La información brindada anteriormente es una declaración completa y precisa de factores fisiológicos y físicos que pueden afectar mi participación en el programa. Sé que al no entregar tal información puede resultar en serios daños a mi persona y a mis compañeros. Acepto indemnizar y librar de toda responsabilidad a la Estación Científica Charles Darwin, si la información brindada no es correcta.

El consentimiento de la presente es dado por el/la participante para ser partícipe del programa de voluntarios y otorga el permiso para suministrar por cualquier emergencia, anestesia, cirugía, hospitalización u otro tratamiento que pueda convertirse en necesario.

Yo _____ entiendo que el programa envuelve actividades retantes, tanto física y emocionalmente, en un área remota y agreste.

Mi firma al final del documento indica un deseo genuino de mi persona en participar en el Programa de voluntarios. He leído todo el documento y he completado el formulario con información real.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Yo (nosotros) doy (damos) consentimiento para la participación en el programa a la persona mencionada anteriormente. Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) y asumo (asumimos) las responsabilidades y riesgos del programa y libero legalmente a la Estación Científica Charles Darwin y su staff de acuerdo a las responsabilidades compartidas e información brindada.

Representante legal

Firma del Representante legal

Fecha