



FICHA MEDICA

Nombre y Apellidos		FOTO
Sección		
Nombre Padre/Tutor		
Nombre Madre/Tutora		
Seguro Médico		
Nº S.S. / SIP		

Enfermedades que padece actualmente	
Tratamiento/Medicación	

Enfermedades crónicas	
Tratamiento/Medicación	

Patologías diversas (Huesos, corazón,)	
Tratamiento/Medicación	

Propensión a patologías (Resfriados, ...)	
Tratamiento/Medicación	

Dieta o régimen	
Intolerancia a alimentos	
Alergia a medicamentos (poner substitutivos)	
Otras alergias (Polen, polvo, ...)	

OBSERVACIONES

¿Está vacunado del tétano?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Grupo Sanguíneo	
¿Sabe nadar?	No	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>
¿Eneuresis nocturna? (orinarse en la cama)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
¿Insomnio?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
¿Pesadillas?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
¿Vertigo? (Por las alturas)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
¿Propensión a marearse en el autobús?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		

Teléfonos de contacto y Dirección durante el campamento

Fijo	Móvil	Trabajo	Otro Móvil	Dirección

Comenta cualquier problema médico con tu Scouter, antes del campamento. Indícalo en una hoja, junto con la medicación que tomas y una fotocopia de tu cartilla de seguro (SIP)

Autorizo en caso de urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones oportunas por parte de los responsables del Grupo, si ha resultado imposible mi localización.

Firma:		Firma:	
Nombre Padre/Tutor:		Nombre Madre/Tutor:	
DNI/NIE:		DNI/NIE:	

