SCOUTS Construir un Mundo Mejor | ASDE Scouts de Andalucía | GRUPO SCOUT SAN JOSÉ 508 SEVILLA

S-03

FICHA MÉDICA PARA ACTIVIDADES

P-07.10

❶ DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS	NOMBRE	DNI
FECHA DE NACIMIENTO	SECCIÓN	TELÉFONOS DE CONTACTO

⊗ FICHA SANITARIA

SEGURO MÉDICO	SEGURO MÉDICO	Nº DE PÓLIZA SS
☐ SEGURIDAD SOCIAL	☐ SEGURO MEDICO PRIVADO	

PATOLOGIAS ESPECIFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿CUÁL?
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿CUÁL?
¿ESTA OPERADO? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿DE QUÉ?

ALERGIAS Y DIETAS ESPECIFICAS

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿CUÁL?
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿A QUÉ?
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿CUÁL?

MEDICACION

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE AGÚN MEDICAMENTO? ☐ **SI** ☐ **NO**	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTA
	¿CÚAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CÚAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CÚAL?	DOSIS	PAUTA

¿SABE NADAR? ☐ SI ☐ NO

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

❸ DECLARO Y AUTORIZO

DECLARO

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (reuniónes semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. Asi como a infomar a los scouters responsables de cualquier variación de los mismos que afecte a actividades futuras.

AUTORIZO

Que, en caso de máxima urgencia, el/la scouter responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción Médica, si ha sido imposible mi localización.

_____,____de_____de_____

FIRMA RESPONSABLE LEGAL _____

DNI:_____