



## GRUPO SCOUT APÍCULA

### FICHA SANITARIA

(Rellenar este impreso con letra clara y legible)

#### REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:	APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
DIRECCIÓN DE LOS FAMILIARES:	
MÓVIL DEL PADRE:	MÓVIL DE LA MADRE
TELEFONO FIJO:	

Grupo Sanguíneo:

¿Debe administrarse medicación durante el Campamento? (en caso afirmativo indicar medicación y dosificación)

SÍ    NO

¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (Indicar tipo, tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo)

SÍ    NO

¿Padece algún tipo de alergia? (Indicar tipo y tratamiento a seguir)

SÍ    NO

Intolerancia a alimentos. Especificar

SÍ    NO

Intolerancia a medicamentos. Especificar

SÍ    NO

¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?

SÍ    NO

¿Está vacunado contra el tétanos?

SÍ    NO

¿Qué enfermedades ha pasado? (Sarampión, hepatitis, asma, cardiacas, otras,...). Especificar:

RESTRICIONES: (Actividades que NO puede realizar por motivo de salud). Especificar:

Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (Jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy,

SÍ    NO

Autorizo que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi comunicación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_