



**GRUPO SCOUT APÍCULA**  
**FICHA SANITARIA**  
(Rellenar este impreso con letra clara y legible)

**REFERENCIAS PERSONALES**

NOMBRE:	APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO	DNI:
DIRECCIÓN:	
MOVIL PADRE:	MOVIL MADRE:
NOMBRE PADRE:	NOMBRE MADRE:

**GRUPO SANGUINEO:**

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

**Intolerancia a alimentos. Especificar:**

SI NO

**Intolerancia a medicamentos. Especificar:**

SI NO

**¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?**

SI NO

**¿Está vacunado contra el tétanos?**

SI NO

**¿Ha pasado la enfermedad COVID19?** En caso afirmativo, indicar cuando la ha pasado.

SI NO

**¿Tiene la pauta de vacunación completa frente COVID19?** En caso afirmativo, indicar tipo de vacuna.

SI NO

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

**RESTRICCIONES:** (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.**

SI 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 Guadalajara a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

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

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_