



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, cardiacas, 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: _____