



FICHA MÉDICA

1 DATOS DEL ASOCIADO				
APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO		SECCION		EDAD
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA		TEL. CONTACTO
2 FICHA SANITARIA				
SEGURO MEDICO		SEGURO MEDICO		Nº DE POLIZA SS
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL		<input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO PRIVADO		
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS				
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		¿CUAL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?		¿CUAL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿ESTA OPERADO?		¿DE QUE?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS				
¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUAL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS?		¿A QUE?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿SIGUE ALGUN REGIMEN O DIETA ESPECIAL?		¿CUAL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
MEDICACIÓN				
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA	
OTRA INFORMACION DE INTERES				
3 DECLARO Y AUTORIZO				
<p>DECLARO</p> <p>Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.</p>				
<p>AUTORIZO</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">_____, ____ de _____ de _____</p>				
<p>FIRMA _____</p> <p>DNI: _____</p>				