



## FICHA MÉDICA

1 DATOS DEL ASOCIADO/A			
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	SECCION	EDAD	
NOMBRE DEL PROGENITOR A / TUTOR	NOMBRE DEL PROGENITOR B	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/A?	¿DE QUE?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS			
¿ES ALERGICO/A A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?	¿CUAL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿PRESENTA MAS 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?	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRA INFORMACION DE INTERES			
3 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, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.			
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 _____			
DNI: _____			