



Grupo Scout Nazaret 336 FICHA MÉDICA

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento:

Teléfono:

Mail:

Dirección:

CP:

Población:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Sistema de salud:

(Seguridad social, Asisa, etc.)

Nº tarjeta sanitaria:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

Alergias:

(Medicamentos, plantas, animales, insectos, alimentos, etc.)

Enfermedades:

(Indique enfermedades crónicas las que puedan condicionar a la salud del beneficiario, como asma, incontinencia urinaria, diabetes, cardiopatías, sonambulismo, etc.)

Intervenciones Quirúrgicas:

(Fracturas, Apendicectomías, extirpación de quistes, etc.)

Toma de Medicamentos:

(Indique el nombre del fármaco, la dosis y la frecuencia de su toma)

Observaciones:

(Indique cualquier información médica que considere relevante o acciones que los scouter deberían realizar)

Información de Urgencia

Nombre:

Parentesco

Teléfono

1

2

3

Yo		Con DNI	
Y yo		Con DNI	

madre/padre/tutores legales de _____
declaramos haber entregado información verídica y actualizada. En caso de urgencia y previa prescripción facultativa, nos autorizáis a Exploradores Nazaret a tomar una decisión a los responsables del campamento o actividad.

Firma Madre	Firma Padre	Firma Tutor