

FICHA MÉDICA PARA ACTIVIDADES

Asociación inscrita en la Federación de Asociaciones de Scouts de España (ASDE), declarada de Utilidad Pública el 1-12-1977 C.I.F. G-14057244
 Inscrita en el Registro de Asociaciones con el n.º 17.460 de la sección 1º - Inscrita en la Consejería de Cultura - Junta de Andalucía con el n.º 15
 inscrita en la Consejería de Gobernación - Junta de Andalucía con el n.º 4014

1 DATOS DEL ASOCIADO			
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	SECCIÓN	TELEFONOS DE CONTACTO	
2 FICHA SANITARIA			
SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL	SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO PRIVADO	Nº DE PÓLIZA SS	
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?		
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?		
¿ESTÁ OPERADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿DE QUÉ?		
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?		
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿A QUÉ?		
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?		
MEDICACIÓN			
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTA
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS			
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 (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. Así como a informar a los scouters responsables de cualquier variación de los mismos que afecte a actividades futuras.</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 RESPONSABLE LEGAL _____</p> <p>DNI: _____</p>			

