



FICHA MEDICA DE LA PERSONA ASOCIADA

GRUPO SCOUT "FLOR DE LIS"

Asociación Flor de Lis de Escultismo

Código: S-01-C / Versión: 1.0

1. IDENTIFICACION DEL MENOR

Cumplimentar en MAYUSCULAS

Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		DNI (si dispone)	
SECCION EDUCATIVA			

2. FICHA SANITARIA

SEGURO MÉDICO	SEGURO MÉDICO	Nº DE PÓLIZA
☐ SEGURIDAD SOCIAL	☐ SEGURO MEDICO PRIVADO →	

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL?
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL?
¿ESTÁ OPERADO/A? ☐ SI ☐ NO	¿DE QUÉ?

ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS

¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL?
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? ☐ SI ☐ NO	¿A QUÉ?
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL?

MEDICACIÓN

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGUN MEDICAMENTO? ☐ SI ☐ NO	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA
	¿CUAL?	DOSIS	PAUTA

OTRA INFORMACION DE INTERES

3.DELCARO 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. En caso de enfermedad, condicionante físico, intolerancia alimentaria y/o alegría sobrevenida posterior a la firma de la presente ficha lo comunicaré para la actualización de los datos médicos oportuna.

AUTORIZO

Que, en caso de máxima urgencia, el/la scouter (monitor) responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización, así como al traslado del menor en cualquier medio de transporte al centro de salud/hospital más cercano para la atención médica necesaria.

FIRMA

En prueba de conformidad:

En Albacete, a _____ de _____ de 20____.

Firma del progenitor/a o representante legal
Nombre y apellidos:
Firma:

Observaciones a comunicar:

Imprimir a doble cara.