



## GRUPO SCOUT APÍCULA

### FICHA SANITARIA

(Rellenar este impreso con letra clara y legible)

REFERENCIAS PERSONALES	
NOMBRE:	APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
DIRECCIÓN DE LOS FAMILIARES:	
MÓVIL DEL PADRE:	MÓVIL DE LA MADRE
TELEFONO FIJO:	
<b>Grupo Sanguíneo:</b>	
¿Debe administrarse medicación durante el Campamento? (en caso afirmativo indicar medicación y dosificación) SÍ NO	
¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (Indicar tipo, tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo) SÍ NO	
¿Padece algún tipo de alergia? (Indicar tipo y tratamiento a seguir) SÍ NO	
<b>Intolerancia a alimentos. Especificar</b> SÍ NO	
<b>Intolerancia a medicamentos. Especificar</b> SÍ NO	
¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones? SÍ NO	
¿Está vacunado contra el tétanos? SÍ NO	
¿Qué enfermedades ha pasado? (Sarampión, hepatitis, asma, cardíacas, otras,...). <b>Especificar:</b>	
<b>RESTRICCIONES:</b> (Actividades que NO puede realizar por motivo de salud). <b>Especificar:</b>	
<b>Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (Jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy,</b> SÍ NO	

Autorizo que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi comunicación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_