



FICHA MÉDICA - AUTORIZACIÓN  
SALIDAS / CAMPAMENTOS



DATOS del SCOUT			
APELLIDOS –		NOMBRE –	
FECHA DE NACIMIENTO –	EDAD –	DNI –	RAMA –
PADRE/MADRE/PRIMER TUTOR –		DNI PADRE/MADRE/PRIMER TUTOR –	TELÉFONOS DE CONTACTO –
PADRE/MADRE/SEGUNDO TUTOR –		DNI PADRE/MADRE/SEGUNDO TUTOR –	E-MAILS DE CONTACTO –
DATOS MÉDICOS (Adjuntar tarjeta sanitaria)			
GRUPO SANGUÍNEO –	SEGURO MÉDICO – <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado	Nº DE SEGURIDAD SOCIAL O DE PÓLIZA –	
PATOLOGÍAS e INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CUÁL? –	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CUÁL? –	
¿ESTÁ OPERADO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿DE QUÉ? –	
¿CARECE DE ALGUNA VACUNA? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CUÁL? –	
¿ESTÁ VACUNADO DEL TÉTANOS? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? – <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Parvovirus B19	
ALERGIAS y DIETAS			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CUÁL? –	
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿A QUÉ? –	
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CUÁL? –	
MEDICACIÓN y POSOLOGÍA			
¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –	DOSES –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DOSES –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DOSES –	HORARIO y PAUTAS –
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS –			
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN			
D/Dª _____ con DNI número _____ <small>(Nombre del padre/madre/tutor legal)</small>			
<b>DECLARO:</b> Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo otra enfermedad o defecto físico/psíquico que sea incompatible con la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana durante el desarrollo de las mismas.			
<b>AUTORIZO A:</b> _____ <small>(Nombre del niño/a o joven menor de edad)</small>			
<b>A ASISTIR</b> al <u>campamento de verano en Silleda (Pontevedra)</u> organizado por el kraal de responsables del Grupo Scout Católico Santa Ana, perteneciente a la Federación de Scouts Católicos de Andalucía y el Movimiento Scout Católico, que se celebrará <u>del 15 al 28 de julio de 2019</u> , y manifiesto mi conformidad plena a que participe en todas las actividades, salidas o desplazamientos que se realicen, tanto a pie como en autobuses contratados o en vehículos particulares de padres, madres o responsables de la rama.			
<b>ENTIENDO</b> que todo ello tiene una finalidad educativa, para tratar de inculcar unos valores y estilos de vida saludables acordes al movimiento scout, en un entorno natural con un método educativo concreto basado en el esultismo católico.			
<b>AUTORIZO</b> a que en caso de máxima urgencia/necesidad, el Monitor/a Responsable, tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.			
<b>AUTORIZO</b> a que los datos de carácter médico relevantes puedan ser proporcionados confidencialmente a la Compañía Aseguradora para que ésta los trate con la finalidad de evaluar el riesgo, emitir la póliza y tramitar un posible siniestro.			
En _____ a _____ de _____ de _____			
FIRMA: _____			



Contribuyendo un mundo mejor  
2004-2014