



GRUPO SCOUT VALVERDE / FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS **UNIDAD**

1) ¿Presenta alguna enfermedad que requiera tratamiento permanente? SÍ NO
En caso afirmativo indique cuál y el tratamiento

2) Señale si padece alguno de estos problemas médicos:

Asma bronquial	Mareos	Síncopes	Epilepsia	Diabetes
Celiaquía	Enuresis	Alteraciones del sueño		Sonambulismo
Otros	_____			

3) ¿Tiene hemorragias frecuentes? SÍ NO

4) ¿Tiene alergia a algún alimento? SÍ NO
En caso afirmativo, indique a cuál/cuáles:

5) ¿Tiene alergias a medicamentos? SÍ NO
En caso afirmativo, indique a cuál/cuáles:

6) ¿Tiene otras alergias? SÍ NO
En caso afirmativo, indique a qué:

7) ¿Está al corriente con el calendario de vacunación? SÍ NO

8) ¿Tiene la vacuna antitetánica? SÍ NO Fecha última vacuna _____

9) ¿Tiene la pauta completa de la vacuna del COVID-19? SÍ NO Fecha pauta completa _____

10) ¿Conoce su grupo sanguíneo y factor Rh? SÍ NO ¿Cuál es? _____

11) ¿Necesita alguna dieta especial? SÍ NO

En caso afirmativo, indique cuál y el motivo:

12) ¿Toma alguna medicación actualmente? SÍ NO
En caso afirmativo, indique cuál y su posología

13) ¿Tiene algún problema físico que le impida desarrollar actividades físicas como andar, correr, subir en altitud...? SÍ NO
En caso afirmativo, indique cuál:

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 dichas actividades. Me comprometo a informar al equipo de responsables del Grupo Scout Valverde de cualquier variación de los mismos.
FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS BÁSICOS

Don/Doña _____ con DNI nº _____

como padre/madre/tutor/tutora legal de _____
autorizo a los responsables del Grupo Scout Valverde a administrar *PARACETAMOL* o *IBUPROFENO* (según prospecto) en caso de necesidad.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA