



## Grupo Scout Nazaret 336 FICHA MÉDICA

**Primer Apellido**

**Segundo Apellido**

**Nombre Completo**

**Fecha de Nacimiento:**

**Teléfono:**

**Mail:**

**Dirección:**

**CP:**

**Población:**

### ANTECEDENTES MÉDICOS:

**Sistema de salud:**

(Seguridad social, Asisa, etc.)

**Nº tarjeta sanitaria:**

**Grupo Sanguíneo:**

**Factor RH:**

**Alergias:**

(Medicamentos, plantas, animales, insectos, alimentos, etc.)

**Enfermedades:**

(Indique enfermedades crónicas las que puedan condicionar a la salud del beneficiario, como asma, incontinencia urinaria, diabetes, cardiopatías, sonambulismo, etc.)

**Intervenciones Quirúrgicas:**

(Fracturas, Apendicectomías, extirpación de quistes, etc.)

**Toma de Medicamentos:**

(Indique el nombre del fármaco, la dosis y la frecuencia de su toma)

**Observaciones:**

(Indique cualquier información médica que considere relevante o acciones que los scouter deberían realizar)

### Información de Urgencia

**Nombre:**

**Parentesco**

**Teléfono**

1

2

3

Yo		Con DNI	
Y yo		Con DNI	

madre/padre/tutores legales de \_\_\_\_\_  
**declaramos haber entregado información verídica y actualizada. En caso de urgencia y previa prescripción facultativa, nos autorizáis a Exploradores Nazaret a tomar una decisión a los responsables del campamento o actividad.**

Firma Madre	Firma Padre	Firma Tutor