



FICHA MEDICA EDUCANDO

DATOS ASOCIADO (Educativo)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Nº SS: _____ Seguro Privado: _____

DATOS DE CONTACTO (Padre, madre, tutor, ...)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

Responsable legal (Padre, Madre o Tutor)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

Otro responsable legal (Padre, Madre o Tutor)

En caso de no encontrar a los anteriores avisar a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Relación con el educando: _____ Teléfono/s: _____

Otra persona de contacto

INFORMACION MEDICA

PATOLOGIAS ESPECÍFICAS

¿Padece alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento permanente?

SI NO

Enfermedad: _____

Medicamento: _____

Posología: _____

Cumplimentar en caso afirmativo

¿Alguna intervención quirúrgica?

SI NO

Operación: _____

Cumplimentar en caso afirmativo



INFORMACION MEDICA

¿Tiene alguna limitación física para hacer ciertas actividades?

SI NO

Indique cual: _____

Cumplimentar en caso afirmativo

¿Está tomando en el momento actual algún medicamento?

SI NO

Enfermedad: _____

Motivo de la prescripción: _____

Posología: _____

Duración de tratamiento: _____

Enfermedad: _____

Motivo de la prescripción: _____

Posología: _____

Duración de tratamiento _____

Cumplimentar en caso afirmativo

DECLARO 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 propuesta ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades.
- Que informaré al equipo de Coordinadores responsables de cualquier variación de los mismos.

AUTORIZO:

- A que, en caso de máxima urgencia, el/la scouter responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi locación.

FIRMA RESPONSABLE LEGAL

DNI: _____

Logroño, ____ de _____ de 20 ____.

Cumplimentación obligatoria