



Marwan

DATOS PERSONALES DEL SCOUT			
Nombre:		Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:		D.N.I.:	
Dirección:	Calle:		C.P.:
	Localidad:	Provincia:	
Madre / Tutora legal:			
Padre / Tutor legal:			
Cobertura sanitaria:	Seguridad Social:		Nº Tarjeta Sanitaria:
	Otro: ()		
Grupo sanguíneo:		Factor RH:	

TELÉFONO DE CONTACTO ANTE EMERGENCIAS	
Teléfono 1:	Persona de contacto:
Teléfono 2:	Persona de contacto:
Teléfono 3:	Persona de contacto:

Los presentes datos tienen como fin facilitar el desarrollo de las actividades del integrante del grupo scout, atendiendo de forma adecuada a las necesidades individuales de cada educando.

Estos datos serán tratados de forma confidencial por el equipo de monitores, dándolos a conocer únicamente a aquellas personas que sean responsables del educando y/o de la salud del mismo, o transmitiendo esta información a los equipos médicos en caso de resultar necesario.

Los tutores del educando serán responsables de informar sobre las necesidades sanitarias de sus tutelados, así como de rectificar los datos especificados en esta ficha cuando las condiciones de salud del educando hayan cambiado. Si éstos debiesen tomar medicina durante alguna actividad, deberán hablar con el monitor correspondiente y entregarle dicha medicina junto a una nota con instrucciones de las dosis y horarios de las tomas.

Con la presente firma, confirmo que esta historia de salud está completa y correcta y que no conozco razón(es), fuera de las incluidas en esta ficha, por las que mi hijo/a no podría participar en actividades asignadas a excepción de las ya mencionadas. Entiendo que si las necesidades de salud de mi tutelado cambian soy el/la responsable de rectificar esta ficha e informar a las personas responsables.

Nombre:

Firma:

D.N.I.:

Fecha:

ENFERMEDADES CRÓNICAS O PREEXISTENTES:		
Enfermedades del corazón:	Sí: No:	Especificar:
Problemas oseomusculares:	Sí: No:	Especificar:
Infección de oídos:	Sí: No:	Especificar:
Hemorragias / problemas de coagulación:	Sí: No:	Especificar:
Asma:	Sí: No:	Especificar:
Convulsiones:	Sí: No:	Especificar:
Diabetes:	Sí: No:	Especificar:
Hipertensión:	Sí: No:	Especificar:
Cefaleas:	Sí: No:	Especificar:
Otras:	Sí: No:	Especificar:

*Se deberá especificar toda aquella información que pueda ayudar a la cura o el alivio de las diferentes convalecencias, como el tipo de medicamento a tomar, la frecuencia con que sufre los síntomas o el grado de intensidad con el que los sufre.

ENFERMEDADES CRÓNICAS O PERSISTENTES:
¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas?
¿Ha sufrido alguna fractura de huesos?
¿Ha padecido enfermedades de larga convalecencia?
¿Ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa? (Especificar enfermedad y fecha)
¿Sufre alguna enfermedad de carácter psicológico o mental?
Fecha del último examen médico:

*Se deberá especificar toda aquella información que pueda ayudar a la cura o el alivio de las diferentes convalecencias, como el tipo de medicamento a tomar, la frecuencia con que sufre los síntomas o el grado de intensidad con el que los sufre.

ALERGIAS:		
Comidas:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Animales:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Plantas:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Picaduras de insectos:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Látex:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:
Otras:	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Especificar:

*Se deberá especificar toda aquella información que pueda ayudar a la cura o el alivio de las diferentes convalecencias, como el tipo de medicamento a tomar, la frecuencia con que sufre los síntomas o el grado de intensidad con el que los sufre.

OTRAS CONDICIONES QUE AFECTAN AL SCOUT:		
Fobias:	Sí: No:	Especificar:
Problemas emocionales:	Sí: No:	Especificar:
Desmayos/mareos:	Sí: No:	Especificar:
Hemorragias nasales:	Sí: No:	Especificar:
Problemas de sueño:	Sí: No:	Especificar:
Mojar la cama:	Sí: No:	Especificar:
Dolores menstruales:	Sí: No:	Especificar:
Estreñimiento:	Sí: No:	Especificar:
Anemia:	Sí: No:	Especificar:
Otras:	Sí: No:	Especificar:

*Se deberá especificar toda aquella información que pueda ayudar a la cura o el alivio de las diferentes convalecencias, como el tipo de medicamento a tomar, la frecuencia con que sufre los síntomas o el grado de intensidad con el que los sufre.



Marwan

ACTIVIDADES QUE NO PUEDA REALIZAR:

MEDICINAS QUE NO REQUIERAN RECETA MÉDICA QUE TOME FRECUENTEMENTE:

*Se deberá especificar para qué tipo de dolencia toma dicha medicina y la dosis a tomar.