

Ficha médica Ronda Solar ____ / ____

Sección:

NOMBRE Y APELLIDOS			
GRUPO SANGUÍNEO/RH		EDAD	
		FECHA NACIMIENTO	
Nº SEGURIDAD SOCIAL		OTROS SEGUROS	
TELÉFONOS DE CONTACTO	1)	2)	3)

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA (marcar SÍ o NO)

Sarampión		Rubéola		Varicela		Paperas	
Otros							

ALERGIAS

¿A qué? <i>(Medicamentos, alimentos, animales, plantas, etc)</i>		Síntomas	
Tratamiento <i>(Nombre del medicamento y posología)</i>		Observaciones	

ENFERMEDADES DE INTERÉS (asma, diabetes, etc.)

¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?

Descripción de los síntomas

Tratamiento *(nombre del medicamento y posología)*

NECESIDADES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD

ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD

MEDICACIÓN (marcar SÍ o NO)	
¿Se medica regularmente?	¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?
TRATAMIENTO (nombre del medicamento y posología)	
(¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuáles? (Describir detalladamente))	

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Tipo y fecha)

EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES... (Nombre y fecha aproximada)

OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES <i>Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..</i>		
Descripción de los síntomas		
Tratamiento (nombre del medicamento y posología)		
<table border="1"> <tr> <td>¿Tiene la vacuna del Tétanos al día? (marcar SÍ o NO)</td> <td>¿En qué fecha?</td> </tr> </table>	¿Tiene la vacuna del Tétanos al día? (marcar SÍ o NO)	¿En qué fecha?
¿Tiene la vacuna del Tétanos al día? (marcar SÍ o NO)	¿En qué fecha?	

Yo, _____ con DNI/NIE _____ entrego los siguientes documentos (marcar SÍ o NO):

Fotocopia DNI/NIE o similar	
Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar	
Fotocopia cartilla de vacunación	
Otros informes o documentos (¿cuáles?)	

No oculto información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout Pléyades 569

En _____, a _____

Firma madre/padre o tutor/a