



Grupo Scout 217 Matterhorn

Paseo Reina Cristina 16, bajo 28014 - Madrid

Tel.: 914336791 gruposcout217@hotmail.com
www.gruposcout217.net

La ficha médica debe ser rellenada por los padres del/la Scout con todos los datos completos y verídicos, ya que esta información es vital para el cuidado médico de su hijo/a. El Grupo no se hará responsable de ninguna negligencia médica sobrevenida por omisión de datos en la ficha por parte de la familia.

Junto con esta ficha, debe presentarse una fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social o la del seguro e informe médico de prescripción de un tratamiento y/o diagnóstico si existiera.

DATOS DEL/LA SCOUT:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono trabajo: _____

Otra persona de contacto y sus datos: _____

DATOS MÉDICOS GENERALES:

Selecciones la opción que aplique a su hijo/a:

Dieta

☐

Mi hijo/a tiene una dieta normal

☐

Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias (aportar informe médico): _____

☐

Indicaciones especiales para la dieta de su hijo/a: _____

Alergias

☐
Mi hijo/a **NO** tiene ninguna alergia conocida
☐

Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes alimentos: _____

☐

Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: _____

☐

Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias (picaduras de insectos, plantas, animales, polen, etc.): _____

Enfermedades

☐ Mi hijo/a **NO** padece de ninguna enfermedad crónica, y puede participar en todas las actividades.

☐ Mi hijo/a padece alguna de las siguientes enfermedades (marque las opciones necesarias):

☐ Asma o problema respiratorio

☐ Problemas digestivos

☐ Diabetes

☐ Sonambulismo

☐ Migraña (dolor de cabeza)

☐ Otros (especificar): _____

☐ Problemas cardíacos

☐ Infecciones de oído frecuentes

En caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades crónicas, indique el tratamiento que debemos seguir si se presentase alguna crisis (si lo considera necesario, anexe una explicación detallada en una hoja aparte)

Vacunación

Mi hijo/a está correctamente vacunado/a según calendario de vacunaciones: Si No

¿Cuál no tiene puesta? _____

Otras vacunas puestas no incluidas en el calendario de vacunaciones: _____

¿Sabe nadar? Sí No

Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre su hijo/a, explique en caso de responder afirmativamente:

¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía? _____

¿Padece de algún problema ortopédico o de articulaciones? _____

¿Tiene algún problema de audición o visión? _____

¿Tiene algún Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o similar? _____

¿Presenta alguna enfermedad o problema dermatológico? _____

¿Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciosa recientemente (3meses)? _____

En niñas: ¿Presenta ya la menstruación? En caso afirmativo, ¿Presenta un síndrome premenstrual importante?

¿Sigue algún tratamiento médico? Si No

En caso afirmativo, anexe una explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, la dosis, el horario que se debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento

¿Tiene algún impedimento físico para participar en alguna actividad? _____

¿Tiene algún comentario o información adicional que debamos saber? Indíquelo por favor, o bien anexe la información.

Nombre de quien proporciona la información: _____

Parentesco: _____ DNI: _____

Fecha: _____ Firma: _____