

# Ficha médica Ronda Solar \_\_ / \_\_

Sección:

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

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA									
<b>Sarampión</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<b>Rubéola</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>Varicela</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<b>Paperas</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>Otros</b>									

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

**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**

<b>TRATAMIENTOS MÉDICOS</b>		
<i>¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)</i>		
<b>MEDICACIÓN</b>		
¿Se medica regularmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>TRATAMIENTO</b> <i>(nombre del medicamento y posología)</i>		

<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> <i>(Tipo y fecha)</i>

<b>EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES...</b> <i>(Nombre y fecha aproximada)</i>

**OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES**

*Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..*

**Descripción de los síntomas**

**Tratamiento (nombre del medicamento y posología)**

No oculto información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout AZIMUT 608

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ entrego los siguientes documentos:

**Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**

**Copia Cartilla Vacunación**

**Otros informes o documentos \_\_\_\_\_\***

**\*De padecer alguna afección o enfermedad reseñable, se debe adjuntar el informe médico correspondiente.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma madre o tutora

Firma padre o tutor