



# Grupo Scout CRUZ DEL SUR



## CUESTIONARIO MÉDICO-SANITARIO

Es imprescindible completar todos los datos sin excepción.

RAMA: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

DNI (obligatorio mayores 14 años) \_\_\_\_\_

- ¿Presenta algún tipo de ALERGIA? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo cual de estas:
  - Alimenticias: \_\_\_\_\_
  - Medicamentosas: \_\_\_\_\_
  - Otras: \_\_\_\_\_
- ¿Está vacunado correctamente? \_\_\_\_\_. (ADJUNTAR FOTOCOPIA CALENDARIO VACUNAL) • ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_. Especificar: \_\_\_\_\_
- ¿Padece alguna enfermedad o limitación que requiera una atención especial? \_\_\_\_\_. Indica:
  - Física (problemas de espalda, articulaciones, pie plano, esfuerzo físico...)
  - Psicológicas (ansiedad, depresión, Trastorno de la conducta alimentaria, TDA-H, trastorno generalizado del desarrollo...)
  - Otros: \_\_\_\_\_¿Qué cuidados precisa? \_\_\_\_\_
- ¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa? \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Sigue actualmente algún tipo de tratamiento o toma de medicación? \_\_\_\_\_ (Incluyendo medicación a demanda: alergias, crisis de ansiedad...)  
Indicar cual, nombre, y la dosis: \_\_\_\_\_

**Se DEBE entregar la medicación al scouter o responsable de la actividad**

SE DEBEN APORTAR TODOS LOS INFORMES DE LAS PATOLOGÍAS QUE TENGA EL TITULAR Y FIRMADOS POR UN MÉDICO. ASÍ COMO LOS QUE INDIQUEN LA MEDICACIÓN QUE DEBE TOMAR. NO SE PUEDE ENVIAR A LOS NIÑOS CON CAMBIOS RECIENTES EN LA MEDICACIÓN CRÓNICA, LA RESPONSABILIDAD ES DE LOS PADRES,

- ¿Existe algún tipo de actividad que por recomendación médica no deba realizar? \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Otras observaciones que los padres o tutores consideren oportuno reseñar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_ ¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_

Nº Afiliación Seguridad Social: \_\_\_\_\_ (ADJUNTAR FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA)

**En caso de urgencia o necesidad avisar a:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, Padre-Madre-Tutor del Titular del presente cuestionario médico-sanitario, **declaro, bajo mi responsabilidad, que son exactos todos los datos que en él reseño,** y autorizo al Responsable de la Actividad o Campamento a tomar, en caso necesario, las medidas que estime necesarias para el bienestar del Titular, si no fuera posible mi localización.

Murcia a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**LOS PORTADORES DE GAFAS DEBEN DE LLEVAR OTRAS DE REPUESTO Y DÁRSELAS AL SCOUTER**