



GRUPO SCOUT BUEN CONSEJO

C/ Juan Montalvo 30 (Colegio Ntra. Sra. del Buen Consejo)
 28040 MADRID
 NIF G-84349679
<http://buenconsejo95.com>
grupo@buenconsejo95.com



FICHA MÉDICA

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									
Sarampión	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Rubéola	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicela	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Paperas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
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

TRATAMIENTOS MÉDICOS		
¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)		
MEDICACIÓN		
¿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
TRATAMIENTO (nombre del medicamento y posología)		

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Tipo y fecha)

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

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 Buen Consejo.

Yo, _____ con DNI/NIE _____ entrego los siguientes documentos:

- Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**
- Copia Cartilla Vacunación**
- Otros informes o documentos _____**

En _____, a _____

Firma madre/padre o tutor/a

De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que todos los datos facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del GS Buen Consejo para gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo. Como tutor/a legal, tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten a la citada ley, mediante escrito a la siguiente dirección: Calle Juan Montalvo 30, 28040 (Madrid) o mediante correo electrónico firmado a buenconsejo95@gmail.com