



## FICHA ALIMENTARIA Y MÉDICA - MENOR

En caso de no aportar se entenderá que no hay datos relevantes o a considerar y que se prohíbe la administración de medicamentos. Si existiera alguna modificación, a lo largo de la ronda Solar, de lo indicado en la presente ficha se deberá volver a entregar actualizada.

Apellidos:		Nombre:	
Sección:		Castores, Lobatos, Scouts, Escultas, Rovers	<b>Grupo Sanguíneo</b>

¿Padece alguna enfermedad, afección, alergia o intolerancia?

1. Vacunas al día	SI	NO	2. Alergias o Intolerancias alimentarias	SI	NO
3. Alergias, enfermedades o afecciones	SI	NO	4. Autorización de administración de tratamientos y medicamentos específicos.		

En caso afirmativo se deberá completar la sección correspondiente.

### 1. Vacunaciones

Las correspondientes según su edad	SI		NO	
Otras específicas no habituales según edad	SI		NO	

Datos de interés para el grupo:

### 2. Datos alimentarios aportados por los firmantes:

a. ¿Debe seguir algún tipo de régimen de comidas?

SI		NO		Por prescripción médica		Otros	
----	--	----	--	-------------------------	--	-------	--

Tipo y descripción (acompañar a la ficha con informe médico o técnico)

b. ¿Existe algún alimento que no pueda tomar?

NO  SI  (En caso afirmativo especificar si es

Tipo Alimento	Alergia	Intolerancia	Tipo Alimento	Alergia	Intolerancia
 <b>Pescados blancos y rojos</b>			 <b>Moluscos, caracoles</b>		
 <b>Crustáceos, mariscos</b>			 <b>Cacahuetes</b>		
 <b>Apio</b>			 <b>Altramuces</b>		
 <b>Mostaza</b>			 <b>Frutos secos</b>		
 <b>Huevos</b>			 <b>Lacteos</b>		
 <b>Semillas de sésamo</b>			 <b>Sulfitos</b>		
 <b>Cereales con gluten o trigo</b>			 <b>Soja</b>		
Otro:			Otro:		
Especificar <b>ALERGIAS ALIMENTARIAS:</b>			Especificar <b>INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS:</b>		



c. ¿Padece algún trastorno alimentario o alguna afección frecuente?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Descripción (Acompañar a la ficha informe facultativo)			

d. Observaciones que desee reflejar

--

### 3. Alergias, enfermedades y/o Afecciones

a. Alergias:

¿A qué? (Medicamentos, animales, plantas, ...)	Síntomas.	Tratamiento y observaciones. (Nombre medicamento y posología) Adjuntar informe médico o receta.



b. Enfermedades:

¿Cuál? (Asma, Fobias, diabetes, ... otras de interés)	Síntomas.	Tratamiento y observaciones. Adjuntar informe médico o receta.

c. Afecciones y otros problemas:

¿Cuál? (Problemas de visión, auditivos, problemas del aparato locomotor, ...)	Síntomas.	Tratamiento y observaciones. Adjuntar informe médico o receta, si fuera necesario.

d. Observaciones que desea reflejar

Fobias, Intervenciones quirúrgicas, enfermedades recientes, pro



#### 4. Autorización de administración de medicamentos:

AUTORIZO al equipo de monitores/as del Grupo Scout Buen Consejo para que administren la medicación siguiente, asumiendo la responsabilidad en caso de producirse efectos secundarios en los medicamentos autorizados en este documento:	SI	NO
---	----	----

\*En caso de **NO ACEPTARSE**, el Grupo Scout Buen Consejo no proporcionará ningún medicamento en los casos citados a continuación, siendo los padres o responsables legales los encargados de suministrar los medicamentos, DESPLAZÁNDOSE hasta el lugar de la actividad, salida o campamento para su suministro.

Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario:

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros:			
<input type="checkbox"/>	Apiretal 100ml/mg (paracetamol)	Dosis:	
<input type="checkbox"/>	Paracetamol comprimidos	Dosis:	
<input type="checkbox"/>	Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno)	Dosis:	
<input type="checkbox"/>	Ibuprofeno comprimidos	Dosis:	
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):	Dosis:	

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautaada por su médico:  
Adjuntar informe médico, receta, ...

Medicamento	Dosis	¿Autocontrolado?	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios que no queréis que sea administrado a vuestro hijo?

SI (indicar cuales)		NO	
---------------------	--	----	--

De acuerdo con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento general de protección de datos) se le informa que, todos los datos a los que tenga acceso, facilitados por Vd., serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Buen Consejo para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del grupo y su familia. Pudiendo ejercer sus derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante correo a Grupo Scout Buen Consejo, C/Juan Montalvo 30, 28040, Madrid (Madrid) o mediante correo electrónico dirigido a [buenconsejo95@gmail.com](mailto:buenconsejo95@gmail.com).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firmado por: Nombre, apellidos y DNI (Firmas, si es preceptivo según tutores/guarda/custodia ...)