



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** (SI / NO) O **INTOLERANCIA** (SI / NO)?
- En caso afirmativo cual de estas:
 - Alimenticias: _____
 - Medicamentosas: _____
 - Otras: _____

- ¿Sigue una dieta vegetariana? _____ ¿vegana? _____
- ¿Está vacunado correctamente? _____. (ADJUNTAR FOTOCOPIA CALENDARIO VACUNAL)
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? _____. Especificar: _____
- ¿Padece alguna enfermedad o limitación que requiera una atención especial? _____. Indicar:
 - Física (problemas de espalda, articulaciones, pie plano, esfuerzo físico...)
 - Psicológicas (ansiedad, depresión, Trastorno de la conducta alimentaria, TDA-H, TGD...)
 - Otros (especificar) _____

¿Qué cuidados precisa? _____

- ¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Sigue actualmente algún tipo de tratamiento o toma de medicación? _____ (Incluyendo medicación a demanda): alérgias, crisis de ansiedad...) Indicar nombre, y la dosis: _____

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

- ¿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 COPIA 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 grupos scouts realizan actividades con los educandos principalmente en entornos naturales (excursiones de un día, acampadas de fines de semana, campamentos de varios días de duración, etc).

El objetivo de todas las actividades que se organizan es el contacto con la naturaleza, y que la conozcan y aprendan a disfrutar de ella.

Los adultos que organizan y acompañan a los educandos, no son especialistas en disciplinas sanitarias.

Sin embargo, intentamos que los riesgos de tener algún problema de salud, sean los mínimos posibles, y por ello ES NECESARIO QUE SE CUMPLIMENTE EL PRESENTE CUESTIONARIO SANITARIO DE FORMA RIGUROSA Y COMPLETA.

INDICACIONES

1. NO SE VA A ADMINISTRAR A NINGUN EDUCANDO MEDICACION ALGUNA QUE NO ESTE PRESCRITA POR UN MÉDICO, POR ELLO SE DEBEN APORTAR LOS INFORMES DE LAS PATOLOGÍAS QUE TENGA EL TITULAR FIRMADOS POR EL FACULTATIVO, INDICANDO LA MEDICACIÓN QUE DEBE TOMAR.
2. SI NO SE APORTA INFORME MEDICO POR TRATARSE DE PROBLEMAS DE SALUD LEVES, DEBERA APORTARSE ESCRITO FIRMADO POR LOS PADRES O TUTORES.
3. NO SE PUEDE ENVIAR A LOS NIÑOS CON CAMBIOS RECIENTES EN LA MEDICACIÓN CRÓNICA SIN CONOCER LOS EFECTOS QUE PUEDEN CAUSARLE. LA RESPONSABILIDAD SERA DE LOS PADRES,
4. LOS PORTADORES DE GAFAS DEBEN LLEVAR OTRAS DE REPUESTO Y ENTREGARSELAS AL SCOUTER.
5. SI DURANTE LA ACTIVIDAD ALGUN EDUCANDO PRESENTA UN PROBLEMA DE SALUD Y LA RECOMENDACION DEL SANITARIO ES EL REGRESO A SU DOMICILIO, SE AVISARA A LOS PADRES PARA SU RECOGIDA HASTA LA FINALIZACION DE LA ACTIVIDAD.
6. SI LOS PADRES VAN A ESTAR ILOCALIZABLES O DE VIAJE DURANTE LA DURACION DE LA ACTIVIDAD, DEBEN DEJAR LOS DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO MAS PROXIMA PARA AVISAR EN CASO NECESARIO.
7. LOS EDUCANDOS QUE SEAN USUARIOS DE MUFACE O DE SEGUROS PRIVADOS, DEBEN APORTAR TALONARIO DE RECETAS. SI ES NECESARIA LA ATENCIÓN SANITARIA, SE ACUDIRA AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO. LA GESTION ECONOMICA DE DICHA ATENCION SERA LA QUE CORRESPONDA POR LAS ENTIDADES SANITARIAS IMPLICADAS.

Murcia a, _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Padre/Madre/Tutor de: _____