



CUESTIONARIO MÉDICO-SANITARIO MAYOR DE EDAD

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 cuál 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 psicológica, limitación o trastorno (diagnosticado o no) (ansiedad, depresión, Trastorno de la conducta alimentaria, TDA-H, TGD...)? _____
 - ¿Sigue algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico (con o sin medicación)? _____. Indicar tratamiento y nombre de medicación (si toma), y la dosis: _____
 - ¿Padece alguna enfermedad o limitación que requiera una atención especial? _____. Indicar:
 - Física (problemas de espalda, articulaciones, pie plano, esfuerzo físico...)
 - 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: alergias, crisis de ansiedad.
- 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)**

Murcia a, ____ de _____ de _____
Fdo.: _____ DNI: _____





SCOUTS
Construir un Mundo Mejor

ASDE
Exploradores de Murcia

Cruz del Sur 242



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.

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. La omisión de cualquier tipo de información médico-sanitaria conllevará el regreso a su domicilio, se avisará a los padres o tutores para su recogida y finalizará su actividad.
2. No se administrará a ningún educando medicación alguna que no esté 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.
3. Si no se aporta informe médico por tratarse de problemas de salud leves, deberá aportarse escrito firmado por los padres, madres o tutores.
4. No se puede enviar a los educandos con cambios recientes en la medicación crónica sin conocer los efectos que pueden causarle. La responsabilidad recaerá en los tutores legales.
5. Los portadores de gafas deben llevar otras de repuesto y entregárselas al scouter.
6. Si durante la actividad algún educando presenta un problema de salud y la recomendación del sanitario es el regreso a su domicilio, se avisará a los padres, madres o tutores para su recogida y finalizará su actividad.
7. Si los padres, madres o tutores van a estar ilocalizables o de viaje durante la duración de la actividad, deben dejar los datos de la persona de contacto más próxima para avisar en caso necesario.
8. Los educandos que sean usuarios de muface o de seguros privados, deben aportar talonario de recetas. Si es necesaria la atención sanitaria, se acudirá al centro de salud más cercano. La gestión económica de dicha atención será la que corresponda por las entidades sanitarias implicadas.

Murcia a, ____ de _____ de _____
Fdo.: _____





AUTORIZACIÓN ASISTENCIA SANITARIA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS 2024 – MAYORES DE EDAD

En el transcurrir del Campamento de Verano debido a la naturaleza del entorno y al desarrollo de las actividades es posible que se produzcan enfermedades o lesiones.

En los casos en los que el educando tenga que ser trasladado a un centro de salud para que un facultativo haga el diagnóstico y recomendación de tratamiento se localizará a los padres, madres o tutores legales para informar de todo el proceso y consensuar según las directrices del facultativo las acciones a realizar. En caso de no localizarlos, el responsable de la actividad o campamento, tomará las medidas que estime necesarias para el bienestar del educando.

Cuando las lesiones sufridas sean leves y puedan ser curadas en el campamento con los medios de los que disponemos, será el responsable de las funciones sanitarias del campamento o de la sección el que las realice las curas, trasladándolo al centro sanitario si no se curan en un tiempo adecuado o empeora su estado.

- ¿Sigue actualmente algún tipo de tratamiento o toma de medicación? _____ (Incluyendo medicación a demanda: alergias, crisis de ansiedad...) Indicar nombre, y la dosis (tache las celdas no utilizadas):

Nombre Medicamento y Principio Activo	Posología	Fecha fin

Hay educandos mayores de edad que con cierta frecuencia presentan patologías o molestias leves (dolores de cabeza, dolores de articulaciones, dolores menstruales, afonías, febrícula, dermatitis, alergias, etc.) que de manera autónoma se autoadministra medicación que no necesita prescripción médica (analgésicos antipiréticos y/o antiinflamatorios, expectorantes, antiácidos, antihistamínicos, descongestivos, laxantes, antisépticos, etc) y durante el campamento se reproducen estas molestias y solicitan la administración.





- ¿Solicita y autoriza que administremos alguna medicación que no necesite prescripción facultativa? _____. Indicar descripción de la patología, nombre, y la dosis (tache las celdas no utilizadas):

Descripción de la patología	Nombre Medicamento y Principio Activo	Posología

D./Dña. _____ con DNI _____
 entiendo y acepto el procedimiento anteriormente expresado y solicito y autorizo a que se proceda a la administración de la medicación descrita. Asimismo, por la presente eximo al Grupo Scout de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme a las correspondientes indicaciones.

En _____ a ____ de _____ de 20____

Firma del interesado _____

