



**SCOUTS**<sup>®</sup>

Construir un Mundo Mejor

**ASDE**

Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



# DOSSIER CAMPAMENTO DE VERANO



**VINUESA  
SORIA  
JULIO 2024**

**GRUPO SCOUT CRUZ DEL SUR 242**



**SCOUTS**  
Construir un Mundo Mejor

**ASDE**  
Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



## DATOS DEL CAMPAMENTO DE VERANO 2024

### LUGAR

Vinuesa  
(Soria)

### FECHAS

- ★ Castores, Manada y Tropa\*: del 14 al 28 de julio.
- ★ Tropa\*, Esculta y Clan: del 12 al 28 de julio.

\*Los Scouters de Tropa indicarán a las familias quiénes van cada día.

### PRECIO E INSTRUCCIONES DE PAGO

**400€**  
**(50% al 3er hermano/a)**

Datos para realizar el ingreso:

- **Número de cuenta: ES 37 3058 0289 01 2720 006321.**

GRUPO SCOUT CRUZ DEL SUR, en la CAJA RURAL INTERMEDITERRANEA (CAJAMAR), sucursal Calle Nueva San Antón, s/n.

- Especificar **NOMBRE DEL ACAMPADO.**

Aquellos asociados que, al día de la fecha, tengan cuotas pendientes de abonar deberán hacerlas efectivas junto con el precio del Campamento.

**Plazo para realizar el pago: hasta el 26 de junio**

### ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

**¿Cuándo se entrega?** El día 27 de junio de 19 a 21h. En los locales del grupo.

**¿Qué documentación hay que entregar?**

Autorización de asistencia al campamento de verano

+

Justificante pago campamento

+

Ficha sanitaria 4 hojas rellenas y firmadas (incluyendo fotocopia de tarjeta sanitaria y cartilla de vacunación)

**Importante: no se recogerán solicitudes incompletas**

**El día de la entrega de documentación también habrá que llevar la COLCHONETA, dado que irán en el camión, y así reducir el equipaje en el autobús.**

- Si se necesita comprar una nueva colchoneta hay que solicitarla por correo electrónico a [secretaria@cruzdelsur242.com](mailto:secretaria@cruzdelsur242.com) y abonarla el día 27 en efectivo.



## MATERIAL PERSONAL

TODO DEBE IR MARCADO CON EL NOMBRE DEL ACAMPADO



### UNIFORME:

Botas de montaña o trekking  
 Pantalón vaquero (corto y/o largo)  
 Polo Scout  
 Camiseta Uniforme Castores  
 Pañoleta (si procede)

### MATERIAL DE ACAMPADA:

Saco de dormir  
 Aislante  
 Colchoneta (180 cm x 50 cm x 5 cm)  
 (para una mejor higiene debe estar forrada)

### ROPA:

Pantalones cortos  
 Pantalón largo o chándal  
 Camisetas y sudadera  
 Ropa interior  
 Calcetines  
 Pijama  
 Zapatillas de deporte  
 Chubasquero y **Capa de agua larga**  
 (que cubra todo el cuerpo y la mochila)  
 Anorak (ropa de abrigo)  
 Gorra para el sol  
 Bañador  
 Chanclas para ducha  
 Sandalias cerradas para el río

### ASEO:

Jabón  
 Toallas (grande y pequeña)  
 Gel de baño, champú, etc.  
 Peine o cepillo  
 Cepillo de dientes y pasta dentífrica  
 Crema protectora para el Sol y cacao  
 Crema hidratante para después del Sol  
 Líquido o spray para insectos y/o pulsera

### COMIDA:

**Dos** platos de aluminio (mejor con asas)  
 Pote y cantimplora  
 Servilletas y cubiertos  
 Bolsa de tela  
 (como la del pan para guardar los citados útiles)

### VARIOS:

Traje Indio  
 Cuaderno de Caza (Lobatos)  
 Cuaderno de Tropa  
 Pinzas para la colada  
 Perchas de plástico  
 Linterna y pilas de repuesto  
 Bloc, lápices y bolígrafos  
 Máquina de fotos, reloj y brújula (opcional)  
 Manguitos o similar (si no sabe nadar)  
 Mochila pequeña  
 Pañuelos de papel



## TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE EL CAMPAMENTO

COORDINADOR DE GRUPO  
**Alejandro Treviño**                      **651183079**

Teléfono del Grupo                      **608102098**

Antes del campamento podéis resolver todas vuestras dudas contactando con los Scouters o el Coordinador por el mismo medio que soléis utilizar durante el resto de actividades.

## NORMAS DE CAMPAMENTO Y OBSERVACIONES

- El día de salida hacia el campamento, cada uno llevará su almuerzo, comida, merienda y cena.
- A los CASTORES Y LOBATOS no se les permite llevar **NAVAJAS**.
- A los acampados no se les permite llevar aparatos de **MÚSICA PERSONALES, MÓVILES Y SIMILARES**. En caso de ver a algún acampado con dicho material, podrá ser requisado por los Scouters hasta el final del Campamento.
- Es recomendable llevar una bolsa de deporte si no cabe todo en la mochila, la cual deberá llevarse antes al camión.
- Se recomienda no llevar al campamento calzado con suela fina, ni calzado de calle.
- Los Scouters no se harán responsables de los objetos de valor que se puedan perder (cadenas, relojes, sortijas, móviles, smartwatch, etc.).
- Los hermanos deben llevar su equipaje por separado.
- **TODAS LAS PRENDAS Y ÚTILES DE LOS NIÑOS/AS DEBEN IR MARCADAS Y SER DISTINGUIBLES POR EL ACAMPADO.**
- **LOS ACAMPADOS DEBEN LLEVAR SUS MEDICAMENTOS DE USO PERSONAL Y LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE LOS MISMOS, Y ENTREGARLO A SU SCOUTER ANTES DE SUBIR AL AUTOBÚS, DEBIENDO INFORMAR, INEXCUSABLEMENTE, DE ESTA CIRCUNSTANCIA EN LA FICHA SANITARIA DEL GRUPO ESPECIFICANDO DOSIS Y FRECUENCIA DE LAS TOMAS.**
- **SI SE OBSERVA POR PARTE DE LOS SCOUTERS ALGÚN COMPORTAMIENTO INCORRECTO SE COMUNICARÁ INMEDIATAMENTE A LOS FAMILIARES TOMANDO LAS MEDIDAS OPORTUNAS.**
- El día de familias se realizará el domingo 21 de julio



**SCOUTS**<sup>®</sup>

Construir un Mundo Mejor

**ASDE**

Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



## AUTORIZACIÓN ASISTENCIA CAMPAMENTO DE VERANO 2024

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

(Padre/Madre/Tutor/Tutora), con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_, letra \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_:

**AUTORIZO** a mi hijo/a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, miembro del Grupo Scout Cruz del Sur perteneciente a la Rama \_\_\_\_\_, a asistir al Campamento de Verano que se realizará en Vinuesa, Soria, del 13 al 28 de julio de 2024, y delego la tutoría y responsabilidad sobre el mismo en el equipo de monitores (Scouters) del citado Grupo Scout; haciendo extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que pudiera resultar necesario adoptar en caso de urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

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

(Firma del padre, madre, tutor o tutora)



**SCOUTS**<sup>®</sup>

Construir un Mundo Mejor

**ASDE**

Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



## AUTORIZACIÓN ASISTENCIA MAYORES DE EDAD CAMPAMENTO DE VERANO 2024

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_, letra \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_,  
teléfono \_\_\_\_\_:

Como miembro del Grupo Scout perteneciente a la rama Clan **ELIJO PARTICIPAR** en el Campamento de Verano que se realizará en Vinuesa, Soria, del 12 al 28 de julio de 2024, de acuerdo a las características y normas de dicha actividad, y autorizo a los Scouters (monitores) a tomar las decisiones médico-quirúrgicas que pudiera resultar necesario adoptar en caso de urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.

Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

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

(Firma del padre, madre, tutor o tutora)





**SCOUTS**<sup>®</sup>

Construir un Mundo Mejor

**ASDE**

Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



## **AUTORIZACIÓN SALIDA DEL CAMPAMENTO DE VERANO 2024 DURANTE EL DÍA DE LAS FAMILIAS (21 DE JULIO)**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

(Padre/Madre/Tutor/Tutora), con D.N.I. nº \_\_\_\_\_

AUTORIZO a que mi hijo/a \_\_\_\_\_ pueda salir del  
Campamento el 21 de julio (Día de las familias) acompañado de  
D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

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

(Firma del padre, madre, tutor, tutora)

Esta autorización puede ser entregada hasta el mismo día 21 de julio.



**SCOUTS**  
Construir un Mundo Mejor

**ASDE**  
Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



## CUESTIONARIO MÉDICO-SANITARIO MENOR 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.: \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Tutor de: \_\_\_\_\_



## **AUTORIZACIÓN ASISTENCIA SANITARIA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS 2024 – MENORES 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 que con cierta frecuencia presentan patologías o molestias leves (dolores de cabeza, dolores de articulaciones, dolores menstruales, afonías, febrícula, dermatitis, alergias, etc.) que bajo la tutela de padres, madres y/o tutores legales se les administra 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 \_\_\_\_\_  
 madre/padre/representante legal del educando/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 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 padre/madre/tutor/a D./Dña. \_\_\_\_\_



# 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.





**SCOUTS**  
Construir un Mundo Mejor

**ASDE**  
Exploradores de Murcia

**Cruz del Sur 242**



- ¿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 \_\_\_\_\_

