



## FICHA MÉDICA: (RONDA \_\_\_ / \_\_\_)

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ Nº S. SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE/TURORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/ TUTOR: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS VISUALES: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS AUDITIVOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS ALIMENTOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS ANIMALES: \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VACUNACIONES: \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROBLEMAS RESPIRATORIOS: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS INTESTINALES: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS URINARIOS: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN QUE TOMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No oculto información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout Pinar

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ entrego los siguientes documentos:

**Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**

**Copia Cartilla Vacunación**

**Otros informes o documentos** \_\_\_\_\_

*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 XXXX 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: (C/ Cuevas de almazora 46) o mediante correo electrónico firmado a ([info@gruposcoutpinar.com](mailto:info@gruposcoutpinar.com)).*



# Autorización de administración de medicamentos

(Ronda Solar \_\_\_\_/\_\_\_\_)

En las actividades del GS Pinar no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_, como madre/padre o tutor/a legal de \_\_\_\_\_ de la sección \_\_\_\_\_

**SOLICITO Y AUTORIZO** al equipo de monitores/as del GS Pinar para que administren la medicación siguiente:

*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
- Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:
- Paracetamol comprimidos. Dosis:
- Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:
- Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautaada por su médico:

Medicamento:  la siguiente dosis:

Medicamento:  la siguiente dosis:

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o **NO** queréis que le sean administrados? SI  NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización.

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

Firma