

FICHA MÉDICA Y DE ALIMENTACIÓN

Asociación Grupo Scout Vista Alegre 452



Vista Alegre 452



Apellidos:		Nombre:	
Sección:		Castores, Lobatos, Scouts, Escultas, Rovers, Scouter	
Nº tarjeta Seguridad Social	<input type="text"/>	PESO del Asociado	<input type="text"/>
Compañía Seguro Médico Privado	<input type="text"/>	Nº de Póliza	<input type="text"/>
ENFERMEDADES. Indicar, si no dejar en blanco.			
Enfermedades infecciosas y parasitarias			
Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico			
Enfermedades endocrinas			
Enfermedades Salud mental			
Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales			
Enfermedades de los sentidos			
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio			
Enfermedades del sistema respiratorio			
Enfermedades del sistema digestivo			
Enfermedades de la piel			
Enfermedades del aparato locomotor			
Enfermedades del sistema genitourinario			
Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas			
Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados (R00-R99)			
Efectos secundarios y Factores que afectan el estado sanitario			
Otras no reseñadas en los puntos anteriores			
Debe seguir un TRATAMIENTO médico o tomar medicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Descripción del tratamiento médico específico o medicación (acompañar informe médico o receta):			
<input type="text"/>			
Vacunaciones correspondientes según edad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otras vacunas no habituales según edad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Especificar vacunas no habituales según edad:			

Asociación Grupo Scout Vista Alegre 452

Datos alimentarios que se aportan:

Régimen especial de comidas: Sí No

Razón del régimen especial de comidas: Por Prescripción médica Voluntariamente Otros

Tipo y descripción:

Alergias - Alimentos que no puede tomar – observaciones

Intolerancias Alimentos que no puede tomar - observaciones

Alergias – **Medicamentos** que no puede tomar:

Intolerancias – **Medicamentos** que no puede tomar:

Padece algún trastorno alimentario o afección frecuente? Sí No

Descripción:

Se recomienda acompañar siempre a esta ficha, informes médicos, técnicos o facultativos en relación las cuestiones alimentarias reseñadas.

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

Fdo.: _____ DNI: _____