

FICHA SANITARIA

Instrucciones: descargar en ordenador y rellenar después.

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Nombre	Apellidos	DNI
Fecha de nacimiento	Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2

DATOS SANITARIOS

Seguro médico <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> Sanidad privada	Nº de la Seguridad Social	
	Nombre de la compañía	Nº de póliza

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿Padece actualmente alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?
¿Padece alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?
¿Ha sufrido alguna operación? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?

ALERGIAS Y TRATAMIENTOS

¿Está tomando actualmente algún medicamento? (alergia, hormonal...) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál? Dosis y pautas
¿Tiene alergias? (a fármacos, alimentarias) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

Enfermedades padecidas		Dieta (vegetariana, vegana...)	
Sonambulismo <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Mareos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Problemas intestinales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Problemas urinarios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Sabe nadar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Peso	Talla



INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE DESEE INCLUIR

DECLARO Y AUTORIZO

Declaro: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. Así, me comprometo a informar a los responsables de cada Rama/Sección de cualquier variación de los datos en esta ficha aportados, que afecte a actividades futuras.

Autorizo: Que, en caso de máxima urgencia, el responsable de la Rama/Sección tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

En Murcia, a.....de.....de 20.....

Fdo.:

Fdo.:

Es imprescindible acompañar esta ficha sanitaria con la FOTOCOPIA de la TARJETA SANITARIA o SEGURO MÉDICO.

Confirmo que los datos de esta ficha médica siguen siendo los mismos

En Murcia, a.....de.....de 20.....

Fdo.:

Fdo.:

En Murcia, a.....de.....de 20.....

Fdo.:

Fdo.:

En Murcia, a.....de.....de 20.....

Fdo.:

Fdo.: