**FICHA MÉDICA:**

**PARTE A: CONSENTIMIENTO, EXONERACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos**  **del Joven** |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |  |  |  |
| **Año** | **Mes** | **Día** |  |

Entiendo que la participación en actividades relacionadas con el Movimiento SCOUT implica la posibilidad de riesgo de lesiones personales, incluyendo la muerte, debido a los retos físicos, mentales y emocionales que en las actividades se ofrecen. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y acaten todas las reglas y normas de conducta pertinentes.

En caso de que yo o mi hijo/a, nos veamos involucrados en un caso de emergencia, entiendo que se realizarán esfuerzos por parte del médico o el líder adulto por contactar al individuo que aparece como la persona de contacto en caso de emergencia. En caso de que esta persona no pueda ser localizada, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos seleccionado por el líder adulto a cargo para garantizar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores de servicios médicos están autorizados a revelar información médica protegida al adulto a cargo, el personal médico del campamento, la administración del campamento, o cualquier médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la prestación de atención médica para el participante.

He considerado cuidadosamente el riesgo implicado y con la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en todas las actividades ofrecidas en el programa scout. Además autorizo que se comparta la información contenida en este formulario con los voluntarios o profesionales de Asociacion de Scouts del Perú que necesiten tener conocimiento de las condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de actividades del escultismo.

Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades, en mi propio nombre o en nombre de mi hijo/a, por este conducto eximo total y completamente, y renunció a cualquiera y toda reclamación por lesiones personales, muerte o pérdidas que puedan surgir, a la Asociación de Scouts del Perú, al Grupo Scout Internacional 384, los coordinadores de la actividad y todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados, u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad programada por el Grupo Internacional 384 para el periodo de doce (12) meses de la fecha de la firma de consentimiento.

Restricción del participante, si existiesen Ninguna 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que, si cualquier información que he/hemos proporcionado es errónea, puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier evento o actividad. El participante tiene permiso de intervenir en todas las actividades, excepto aquellas señaladas específicamente por mí o el proveedor de servicios médicos. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de uno de los padres o del tutor.

***FIRMAS DE CONSENTIMIENTO***

Firma del Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Madre/tutor del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA:**

**PARTE B-1: INFORMACIÓN GENERAL / HISTORIAL DE SALUD**

**Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distrito : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nro. Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***En caso de emergencia notificar a la siguiente persona:***

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD**

¿Actualmente tiene, o alguna vez ha recibido tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** | **NO** | **CONDICIÓN** | **EXPLICAR** |
|  |  | Diabetes | último porcentaje de HbA1c y fecha: |
|  |  | Hipertensión |  |
|  |  | Cardiopatía adulta o congénita/ataque al corazón/dolores de pecho(angina)/ soplo del corazón/enfermedad de la arteria coronaria. Cualquier cirugía o procedimiento de corazón. Explicar todas las respuestas marcadas “Sí”. |  |
|  |  | Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o cualquier muerte súbita relacionada con el corazón de un miembro de la familia antes de los 50 años |  |
|  |  | Apoplejía/Accidente isquémico transitorio |  |
|  |  | Asma | Fecha del último ataque: |
|  |  | Problemas abdominales/estomacales/digestivos |  |
|  |  | Enfermedad de la tiroides |  |
|  |  | Fatiga excesiva |  |
|  |  | Apnea obstructiva del sueño/trastornos del sueño |  |

**FICHA MÉDICA:**

**PARTE B-2: INFORMACIÓN GENERAL / HISTORIAL DE SALUD**

**Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIAL DE SALUD**

¿Actualmente tiene, o alguna vez ha recibido tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **No** | **CONDICIÓN** | **Explicar** |
|  |  | Enfermedad pulmonar/respiratoria |  |
|  |  | EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) |  |
|  |  | Problemas de oído/ojos/nariz/sinusitis |  |
|  |  | Condiciones musculares/del esqueleto/condiciones musculares u óseas |  |
|  |  | Traumatismo craneano/conmoción cerebral |  |
|  |  | Mal de altura |  |
|  |  | Problemas psiquiátricos/psicológicos o emocionales |  |
|  |  | Trastornos neurológicos/del comportamiento |  |
|  |  | Trastornos sanguíneos/anemia falciforme |  |
|  |  | Desmayos y mareos |  |
|  |  | Enfermedad del riñón |  |
|  |  | Convulsiones | Fecha última convulsión: |
|  |  | Lista de todas las cirugías y hospitalizaciones | Fecha de cirugía más reciente: |
|  |  | Cualquier otra condición médica no mencionada en la lista anterior |  |

**ALERGIAS / MEDICAMENTOS**

**¿Es usted alérgico a, o tiene cualquier reacción adversa a cualquiera de los siguientes?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** | **NO** | **Alergias o reacciones** | **Explicar** |
|  |  | Medicamento |  |
|  |  | Alimentos |  |
|  |  | Plantas |  |
|  |  | Picaduras / mordeduras de insectos |  |

**FICHA MÉDICA:**

**PARTE B-3: INFORMACIÓN GENERAL / HISTORIAL DE SALUD**

**Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS ACTUALMENTE, INCLUYENDO MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA**

**** MARQUE AQUÍ SI NO SE TOMAN MEDICAMENTOS RUTINARIAMENTE.

**** SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, POR FAVOR INDÍQUELO EN UNA HOJA APARTE Y ANEXELA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **DOSIS** | **FRECUENCIA** | **EXPLICAR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**La Administración de medicamentos anteriores para el menor está aprobada por:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Firma del Padre o tutor*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Firma del doctor, enfermera, asistente médico (si se requiere su firma) - profesional médico que prescribe*

**ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE O TUTOR INFORMAR A LOS ADULTOS RESPONSABLES DEL GRUPO SCOUT, SI EXISTIESE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA POSTERIOR A LO DECLARADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, QUE PUEDA AFECTAR, AFECTE O PRESENTE UN RIESGO LATENTE A EL NORMAL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE SU HIJO/A EN EL MOVIMIENTO SCOUT.**

|  |
| --- |
| ***La información contenida en esta ficha es estrictamente confidencial. Será vista únicamente por el Equipo de Adultos Responsables, personal médico y otros que sepan y entiendan el carácter reservado de la información.*** |