



Fitxa Mèdica

Agrupament Escolta Sant Antoni Abat

DADES PERSONALS

Noms i Cognoms.....
Data de Naixement
Domicili
Població CP
Telèfon.....
Altres telèfons de contacte en cas de necessitat
.....
Correu electrònic.....
Número de la seguretat social

DADES MÈDIQUES

Malalties importants que ha patit? Quan?
.....
.....

Ha estat ingressat en algun hospital? Quan i per quin motiu?
.....
.....

Intervencions quirúrgiques que li han realitzat? Quan?
.....
.....

Al·lèrgies conegudes (alimentàries, farmacològiques, etc.)
.....
.....

Malalties Actuals (de tipus "crònic).....
.....
.....

Quins medicaments està prenent (nom, dosi, quan, fins quan)?.....
.....
.....

Dieta o règim especials (que hagi de fer sempre).....
.....
.....



ALTRES DADES

Té alguna disminució psíquica, física o sensorial? Quina?.....

.....
.....

Sap Nedar?..... Es fa pipí a les nits?.....

Altres

.....
.....

Fotocòpia de la targeta sanitària

Fotocòpia del carnet de vacunacions

AUTORITZACIÓ

Jo

amb DNI autoritzo als caps del meu fill/a o tutelat/ada a prendre les decisions mèdiques que creguin oportunes, i sempre que sigui necessari a autoritzar la realització d'una intervenció quirúrgica URGENT.

També, dono AUTORITZACIÓ per a l'ús d'imatges del meu fill/a, tutelat/ada, per a ser difoses en pàgines web, documents gràfics i documents publicitaris de MEG.

També, accepto que MEG i les seves entitats filials, puguin emmagatzemar les dades personals que consten en aquest document del meu fill/a, tutelat/ada.

Signatura pare/ Mare/ Tutor:
