



A.S.D.E. - Exploradores de Murcia
GRUPO SCOUT MAFEKING 133
Maristas - Cartagena

CUESTIONARIO MÉDICO

Otras observaciones de los padres:

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento: Lugar

Domicilio

Teléfono Movil

Nombre del padre o tutor

Nombre de la madre

Rama a la que pertenece

SEGURO DE ENFERMEDAD

Seguridad social
Nº cartilla: _____

Compañía Privada
Nombre: _____

HISTORIAL MEDICO

¿Se encuentra vacunado de las reglamentarias? Sí No
¿Cuáles faltan? _____

¿Le han operado alguna vez? Sí No
¿Está pendiente de ser intervenido quirúrgicamente? Sí No
¿De qué? _____

Alergias: (Medicamentos, alimentos,...) Sí No

Enfermedades cardiopulmonares. (Soplos, asma,...) Sí No

Enfermedades Neurológicas (parálisis, epilepsia,...) Sí No

Enfermedades digestivas. (Gastritis, úlcera,.....) Sí No

Enfermedades Urológicas y/o ginecológicas (Malformaciones, fimosis, incontinencias,...) Sí No

Enfermedades oculares y/o auditivas (miopía, sordera...) Sí No

¿Usa gafas y/o lentillas? Sí No

Enfermedades del aparato locomotor (Escoliosis, pies planos, dismetrías,...) Sí No

Otras enfermedades (Dentales, nasales,...) Sí No

¿Toma alguna medicación habitualmente? Sí No

En caso de urgencia, avisar a:

Tlf: _____

Tlf: _____

Tlf: _____

