



# ASOCIACIÓN DE SCOUTS DEL PERÚ

Av. Arequipa 5140 – Miraflores, Lima 18 – Perú / 445-2431

## FICHA INSCRIPCIÓN Y MEDICA

<b>Joven Participante</b>		<b>Dirigente de Unidad</b>		Código N°	
<b>Jefe de Delegación</b>		<b>Equipo de Servicio</b>		Recibo N°	
				<b>Para uso Administrativo</b>	

DATOS PERSONALES						
Nombre Completo :						
Fecha de nacimiento :			Edad :			
Femenino	Masculino	D N I			Grupo Sanguíneo :	
Teléfono:			E – Mail :			
Dirección :			Distrito :			
Profesión/Ocupación:						
Centro de Trabajo/Estudios:						
<b>Contacto para comunicación en caso de emergencia :</b>						
					Código Larga distancia Teléfono	
Día	Nombre:					
Noche	Nombre:					
DATOS SCOUTS						
Grupo Scout :		Localidad :		Región :		
Patrulla :		Credencial N° :		Año :		
Nivel de Formación como Dirigente:						
DATOS MÉDICOS						
<b>Seguro Médico:</b> SI NO			<b>Aseguradora:</b>			
Carnet N°:			Peso KG:		Talla CMS:	
Enfermedades Previas :						
Diabetes		Hipertensión	Epilepsia		Enf. Cardíacas	Asma
Otras						
<b>Alergias:</b> (Indicar cuales)						
Fármacos	Penicilina	SI	NO	Anestésicos locales	SI	NO
Otro fármaco						
Alimentos						
Otros						
Inmunizaciones:						



# ASOCIACIÓN DE SCOUTS DEL PERÚ

Av. Arequipa 5140 – Miraflores, Lima 18 – Perú / 445-2431

## FICHA INSCRIPCIÓN Y MEDICA

Tétanos	Rubeola	Hepatitis B	Sarampión	Tuberculosis	Fiebre Amarilla
Otras:					
<b>¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Especificar:</b>					
Requiere tomar medicamento	SI	NO	Nombre del Medicamento:		
¿Quién lo administrará?	El mismo	Dirigente	Veces al día:		
Tiene limitaciones para realizar algún tipo de ejercicios :					
<b>Ha sido intervenido quirúrgicamente:</b>					
Operación:			Fecha:		
Operación:			Fecha:		
Operación:			Fecha:		
<b>Observaciones:</b>					
Yo, ..... con D.N.I N° .....					
Padre/Madre del scout....., autorizo la participación de mi menor hijo en el <b>CAMPAMENTO NACIONAL DE PATRULLAS – CANAPAS 2017</b> , a realizarse en la provincia de Urubamba – Machu Picchu Pueblo – Cusco; y a la vez <b><u>dejo constancia que los datos arriba son válidos y ciertos.</u></b>					
<b>AUTORIZO</b> al personal médico a tomar las providencias para la asistencia médica o quirúrgica de ser necesario en caso de Emergencia.					
Además: <b>SI</b> ( ) <b>NO</b> ( ) AUTORIZO a realizar transfusión sanguínea en caso de ser necesario. Entiendo que, en el caso que la presente autorización tenga que ser utilizada, será notificado (a) en la Manera más rápida posible.					
_____			_____		
Firma del Participante			Firma del padre/madre/apoderado		
_____			_____		
V°B° Jefe de Tropa			V°B° Jefe de Grupo		