



**GRUPO 24 LOBO GRIS HIPODROMO CONDESA PROVINCIA CUAUHTEMOC**  
**FICHA MEDICA Y DATOS GENERALES**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **CUM** \_\_\_\_\_

**CURP** \_\_\_\_\_ **Servicio Medico** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_

**Delegacion** \_\_\_\_\_ **CP** \_\_\_\_\_

**Fecha De Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Lugar** \_\_\_\_\_ **Tipo de Sangre** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ @LoboGris2019

Estatura \_\_\_\_\_ Padece de Pie Plano (Si) (No) Usa Zapato Ortopedico (Si) (No) Color de Cabello \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_

Operacion Reciente (Si) (No) Especifique \_\_\_\_\_ Tiene Alguna Limitacion Fisica (Si) (No) \_\_\_\_\_

Se ha realizado alguna Transfusión Sanguínea (Si) (No) \_\_\_\_\_ Cuenta con el Esquema nacional de vacunación completo (Si) (No) \_\_\_\_\_

Tiene Alguna Alergia o Reacción a medicamentos o alimentos (Si) (No) \_\_\_\_\_ Asma (Si)(No) \_\_\_\_\_

Padece Alguna Enfermedad como diabetes o hipertensión (Si) (No) \_\_\_\_\_ Tiene problemas para Oír o Ver (Si) (No) \_\_\_\_\_

**Actualmente esta bajo tratamiento médico (Si) (No)** \_\_\_\_\_ **Nivel Natación** No sabe nadar Básico Avanzado

Tiene Entrenamiento de Salvamento (Si)(No) \_\_\_\_\_ Lleva Algun Regimen Alimenticio(Si)(No) \_\_\_\_\_ Usa Lentes (Si)(No)Armazon Contacto

En caso de ser mujer, ¿Se encuentra embarazada? (Si)(No) Pasatiempos Habilidades u Aficiones \_\_\_\_\_

Deportes Favoritos \_\_\_\_\_ Deportes que Practica \_\_\_\_\_ Forma de cara \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Calzado No. \_\_\_\_\_ Tallas Pantalón \_\_\_\_\_ Playera \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Nombre Del Padre o Tutor** \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Correo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre De La Madre** \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Correo** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Informacion Adicional Que Considere Importante** \_\_\_\_\_ **psicologicos** \_\_\_\_\_

**En Caso De Emergencia Familiar o Vecino** \_\_\_\_\_

**Direccion** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_

 <b>Compromiso</b>	<b>Pata Tierna</b> <b>Pistas</b> <b>Busqueda</b> <b>Horquilla Amarilla</b> Campo _____	 <b>Saltador Senda</b> <b>Encuentro</b> <b>Horquilla Verde</b> Campo _____	 <b>Rastreador Rumbo</b> <b>Desafío</b> <b>Horquilla Azul</b> Campo _____	 <b>Cazador Travesia</b> <b>Horquilla Roja</b> Campo _____
<b>FECHA</b>	<b>Fecha</b>	<b>Fecha</b>	<b>Fecha</b>	<b>Fecha</b>
<b>Especialidad</b>	<b>AMARILLA</b>	<b>VERDE</b>	<b>AZUL</b>	<b>ROJA</b>
<b>Competencia</b>	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____	Nombre _____ Fecha _____
<b>Mafeking</b>	Area _____	Proyecto _____	Duracion _____	Fecha _____
<b>Paxtu</b>	Area _____	Proyecto _____	Duracion _____	Fecha _____
<b>Browsea</b>	Area _____	Proyecto _____	Duracion _____	Fecha _____

Autorizamos en este acto a la ASMAC o a quien designe a que, en caso de que ocurra algún accidente durante las ACTIVIDADES, se brinde la atención pre-hospitalaria necesaria, así como que se traslade al hospital o centro de salud o socorro más cercano que la ASMAC designe, con la finalidad que se atienda la emergencia, así como que se suministren los medicamentos que se Consideren convenientes y, en su caso, se le realicen los procedimientos médicos necesarios haciendo su mejor esfuerzo para salvaguardar la salud, deslindando de toda responsabilidad a la ASMAC y LOS COLABORADORES por las acciones aquí referidas o por las consecuencias inmediatas o futuras que se pudieran derivar de las mismas.



## Autorización de los Padres o Tutores, de menores de edad para ingresar a la Asociación de Scouts de México A.C.

Datos del menor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Tel.fijo: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ Tel.Móvil: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento(dd/mm/aa) \_\_\_\_\_  
 correo: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Declaro (amos) bajo protesta de decir verdad, que los datos personales escritos en esta autorización de ingreso a la Asociación de Scouts de México A.C. (ASMAC), corresponden al menor de edad de quien ejerzo(emos) legalmente la custodia legal. Así mismo que lo autorizo(amos) a ingresar a dicha asociación y participar en las actividades deportivas, culturales, de recreación y otras que ésta emprenda, que dicha autorización incluye el traslado de los sitios de reunión a los destinos donde la asociación lleve acabo las citadas actividades. Que estoy(estamos) consciente(s) que algunas de las actividades que se llevan acabo pueden ser consideradas como extremas, y que en general entoda actividad al aire libre existe algún riesgo, por mínimo que éste sea, por este motivo la asociación cuenta con un seguro de atención médica reembolsable del cual tengo conocimiento. Libero(amos) y eximo(imos) a la Asociación de Scouts de México A.C., sus miembros y colaboradores de toda responsabilidad por las lesiones, daños y perjuicios que mi (nuestro) autorizado pudiera sufrir tanto en su persona, como en sus bienes durante dichas actividades o por causa de ellas, incluidas las que pudieren ocurrir durante la transportación o en los lugares de estadía que sean designados para la concentración de los participantes. Este permiso lo otorgo(amos) por todo el tiempo que sea aspirante o miembro de la asociación, sin menos cabo de que su permanencia en ella tenga interrupciones de tiempo largas o cortas, y hasta que sea mayor de edad conforme a las leyes mexicanas, o lo cancele(mos) formalmente mediante escrito dirigido ala Asociación de Scouts de México A.C. Me comprometo(emos) a entregar y documentar toda la información que la asociación determine mediante sus reglamentos, ordenamientos y avisos de carácter general en los periodos y fechas que ésta determine. Y en este acto proporcionó(amos) con mi(nuestro) puño y letra los datos necesarios para llenar la ficha de salud que la asociación en este acto me(nos) proporciona, la cual declaro(amos) llenar en su totalidad con los datos médicos del menor de los cuales soy(somos) responsable(s) por su veracidad y me comprometo(emos) a informara la asociación cualquier cambio en el historial médico del menor actualizando para esto el documento citado en este párrafo.

Anexo en este acto la siguiente documentación:

- \*Acta de nacimiento del menor
- \*Identificación oficial vigente(s) del(os) padre(s) o tutor(es)
- \*CURP del menor y del(os) padre(s) o tutor(es)
- \*Ficha médica de la asociación debidamente llenada y firmada
- \*Documentos médicos adicionales correspondientes al menor que sean relevantes
- \*Datos de las personas que señaló como posibles contactos de necesidad, y consiento el uso de estos para los fines que la asociación considere necesarios

Datos de las personas de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Las personas señaladas podrán recoger al menor al término de las actividades: SI ( ) NO ( )

Nombre del Padre o Tutor

Nombre de la Madre o Tutor

Firma

Firma

