CAMPAMENTO JÓVENES CADETES SIGLO XXI

DOCUMENTO MÉDICO-SANITARIO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO SANITARIO

Documento obligatorio para la participación en la actividad

El presente documento tiene por finalidad recopilar la información médico-sanitaria necesaria para la adecuada atención del participante durante el campamento y dejar constancia de las declaraciones y autorizaciones efectuadas por el padre, madre o tutor legal. **La persona responsable deberá cumplimentar todos los apartados que resulten aplicables y aportar, cuando corresponda, la documentación médica indicada.**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE Y CONTACTO

Nombre y Apellidos del asistente	
Nombre y Apellidos del padre/madre/tutor legal	
DNI/NIE del asistente	
DNI/NIE del padre/madre/tutor legal	
Teléfono de contacto de urgencia de progenitores/tutor	

2. ALERGIAS

El asistente: ☐ NO tiene alergias ☐ SÍ tiene alergias

En caso afirmativo, describa el tipo de alergia y cualquier circunstancia relevante:

_____

_____

_____

_____

3. INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS

El asistente: ☐ NO tiene intolerancias ☐ SÍ tiene intolerancias

En caso afirmativo, describa las intolerancias y las medidas dietéticas necesarias:

_____

_____

_____

_____

4. ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y/O TRASTORNOS

El asistente: ☐ NO tiene enfermedades/patologías ☐ SÍ tiene enfermedades/patologías

En caso afirmativo, describa las patologías, limitaciones o circunstancias clínicas relevantes:

_____

_____

_____

_____

5. MEDICACIÓN Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

El asistente: ☐ NO necesita medicación ☐ SÍ necesita medicación

En caso afirmativo, indique el nombre de la medicación, dosis, pauta, vía de administración y cualquier indicación especial. Según el caso y el tipo de patología, deberá adjuntarse el informe médico correspondiente.

_____

_____

_____

_____

Medicación ocasional/de rescate por si fuera necesaria durante el campamento: ☐ SÍ lleva medicación si precisa ☐ NO lleva medicación

Compromiso de aportación de medicación: El padre/madre/tutor legal se compromete a aportar al comienzo de la actividad los medicamentos requeridos, debidamente identificados con el nombre del menor y en cantidad suficiente para cubrir toda la estancia.

6. AUTORIZACIÓN PATERNA PARA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA BÁSICA

Mediante la presente, el padre/madre/tutor legal manifiesta expresamente si autoriza al personal sanitario del campamento a administrar al participante, en caso de necesidad, analgesia básica (paracetamol/Apiretal o ibuprofeno/Ibudol), de acuerdo con la situación del participante, la información sanitaria aportada y teniendo en cuenta las alergias.

Autorización: ☐ SÍ autorizo ☐ NO autorizo

7. VACUNACIONES

El asistente se encuentra al corriente del programa de vacunación establecido por Sanidad de acuerdo con su edad.

Estado de vacunación: ☐ SÍ ☐ NO

8. OBSERVACIONES Y OTRA INFORMACIÓN SANITARIA RELEVANTE

Anote cualquier dato que pueda contribuir a la mejor atención, seguridad, estabilidad o bienestar del participante durante el campamento.

_____

_____

_____

_____

9. DIETA O PAUTA NUTRICIONAL ESPECIAL

Si el menor sigue una dieta o pauta nutricional médica especial, descríbala a continuación:

_____

_____

_____

10. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD Y APTITUD FÍSICA

Don/Doña _____, con DNI/NIE _____, **actuando como padre, madre o tutor legal del menor** _____, de _____ años y con DNI nº _____, **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que**:

Aptitud física: El menor se encuentra en condiciones físicas y psíquicas adecuadas para desarrollar las actividades propias de este campamento, incluyendo, entre otras, marchas de orientación, entrenamientos físicos, supervivencia, defensa personal y disciplinas operativas adaptadas a su edad.

Ausencia de impedimentos: El menor no padece ninguna enfermedad, lesión, dolencia crónica, cardiopatía, condición médica o limitación física que le impida realizar esfuerzos intensos o que pueda agravarse con el desarrollo del programa.

Información sanitaria: Las alergias, pautas médicas, intolerancias, en su caso, u otras circunstancias del menor que puedan afectar al normal desarrollo de su participación han sido descritas en los apartados precedentes.

11. AUTORIZACIÓN EXPRESA DE ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIA.

Si el menor tiene una eventualidad sobrevenida que requiera atención médica u hospitalaria de carácter urgente, como consecuencia a causa de un accidente o enfermedad durante el campamento, y resulte imposible localizarnos de manera inmediata:

Autorizo a la dirección del campamento, instructores o al equipo sanitario para que tomen las decisiones oportunas, efectúen el traslado del menor al centro sanitario vinculado al seguro o al hospital público más próximo, y den su aprobación para que los profesionales de la salud realicen las intervenciones quirúrgicas, tratamientos o procedimientos de emergencia, que consideren indispensables para proteger la salud y la vida del menor.

Autorización: ☐ SÍ autorizo ☐ NO autorizo

12. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

El/la abajo firmante declara que los datos facilitados en este documento son veraces, completos y actualizados, y asume la responsabilidad sobre la exactitud de la información proporcionada, así como sobre la omisión de cualquier dato necesario para la adecuada atención sanitaria del participante.

Asimismo, declara haber cumplimentado las casillas correspondientes y haber informado de aquellas circunstancias sanitarias, tratamientos, alergias, intolerancias, patologías o necesidades que puedan ser relevantes durante la estancia.

Se Autoriza al campamento a tratar todos los datos personales médicos del asistente, a los solos efectos de salvaguardar la salud del mismo durante la estancia en el campamento, no pudiendo facilitar, ceder o vender dichos datos a terceros.

En el caso de participantes adultos, el propio asistente firmará la documentación correspondiente cuando proceda, incluida la relativa a la custodia de la medicación pautada.

13. FIRMAS Y FECHA

Lugar	_____
Fecha	_____ de _____ de 2027

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

13. NOTAS IMPORTANTES

1. La seguridad de los menores bajo nuestra custodia se considera prioritaria. Por ello, es de vital importancia para la salud y estabilidad del menor que se aporten todos los datos necesarios y relevantes.

2. En las casillas de opción deberá marcarse con una X la respuesta que proceda. Los espacios restantes deberán cumplimentarse con los datos necesarios.

3. Cuando se indique la necesidad de aportar un informe médico, este deberá acompañar al presente documento para facilitar la correcta atención del participante.