



**ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE NICARAGUA
XXI MOOT SCOUT CENTROAMERICANO
UN SIGLO DE AVENTURAS INOLVIDABLES...
DEL 27 DE DICIEMBRE 2017 AL 2 DE ENERO 2018**



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: F (___) M (___) Fecha de nacimiento: Día ___ / Mes ___ / Año ___

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

País: _____ Nombre del grupo scout: _____

Número de identificación del país o número de pasaporte: _____

Tipo de sangre: _____ Peso (lbs): _____ Estatura (mts): _____ Talla: _____

Participante juvenil: _____ Dirigente: _____ Equipo Internacional de Apoyo: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia llamar a: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Parentesco: _____

Nombre del responsable de delegación: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Sello de la ONS: _____



**ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE NICARAGUA
XXI MOOT SCOUT CENTROAMERICANO
UN SIGLO DE AVENTURAS INOLVIDABLES...
DEL 27 DE DICIEMBRE 2017 AL 2 DE ENERO 2018**



HOJA MÉDICA

Alergias: Marque una "x" y especifique en el caso de ser afirmativo

El joven / adulto, padece de alergias: _____

El joven / adulto, es alérgico al siguiente tipo de alimento: _____

El joven / adulto es alérgico al siguiente tipo de medicamento: _____

El joven / adulto, es alérgico a picaduras de insectos, plantas, animales, polen, etc.: _____

En el caso de padecer de algun otro tipo de alergia, especifique: _____

El joven / adulto, No padece de ninguna enfermedad crónica, y puede participar en todas las actividades.

Enfermedades: Marque una "x" y especifique en el caso de ser afirmativo

El joven / adulto, padece de las siguientes enfermedades:

Asma o problemas respiratorios Diabetes Otra enfermedad especifique: _____

Migraña Problemas cardíacos _____

Dolores de cabeza Otras alteraciones sanguíneas _____

Convulsiones o ataques Problemas de alimentación _____

Incontinencia urinaria Infecciones recurrentes de oído _____

En caso de tener alguno de los padecimientos anteriores, indique el tratamiento que se debe seguir si se presenta una crisis: _____

Ha seguido tratamientos medicos, intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones por alguna lesion o enfermedad en los últimos 6 meses. Especifique: _____

Nota: Si está tomando algún tipo de medicamento del cual requiera durante el evento, por favor asegúrese de traer la cantidad apropiada.

Dieta: Marque una "x" y especifique en el caso de ser afirmativo

El joven / adulto, tiene una dieta normal El joven / adulto, tiene las siguientes restricciones alimenticias: _____

Indicaciones especiales de la Dieta: _____