



# Autorización para Participar en Salidas y Campamentos

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
R.U.T.	Fono	Movil	Edad		
Dirección			Comuna		
Sistema de Salud Previsional		Grupo Sanguíneo		Es Donante?	
Unidad a la que Pertenece			Responsable a Cargo		

En Caso de Emergencia Avisar a:				
	Nombre		Fono	
	Nombre		Fono	

<b>Alergias</b>	Medicamentos	Alimentos	Otros

## Antecedentes Medicos

-

## Enfermedades Crónicas


## Tratamientos Actuales


Autorizo a mi hijo a asistir al evento denominado \_\_\_\_\_ del Grupo Guías y Scouts Nua Mana a realizarse entre los días \_\_\_\_ y \_\_\_\_ en el lugar llamado \_\_\_\_\_. Autorizo además a quien es el responsable de la actividad para que en caso de urgencia y bajo estricta recomendación de un profesional medico, disponga el tratamiento o intervenciones quirúrgicas que fuesen necesarias realizar.

Nombre Completo del Apoderado	
Parentesco	R.U.T. del Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

