

FICHA SANITARIA

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADAS



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

| | | | |
|---------|--|--------|-----|
| APELLOS | | NOMBRE | DNI |
|---------|--|--------|-----|

| | | | |
|---------------------|------|--------------------------------|--|
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO | |
|---------------------|------|--------------------------------|--|

| | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | | NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA | TLF. DE CONTACTO 1 | TLF. DE CONTACTO 2 |
|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------|--------------------|

FICHA SANITARIA

| | | | |
|-----------------|----|-------------------------|-------------------------|
| GRUPO SANGUÍNEO | RH | SEGURO AL QUE PERTENECE | NÚMERO DEL SEGURO / SIP |
|-----------------|----|-------------------------|-------------------------|

| | | | | |
|----------------------|---|---|--|---|
| ENFERMEDADES PASADAS | <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> SARAPIÓN | <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> RUBEOLA |
|----------------------|---|---|--|---|

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS | <input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> COLUMNA | <input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES <input type="checkbox"/> APÉNDICE | <input type="checkbox"/> OTRAS: AÑO DE LA INTERVENCIÓN: |
|--------------------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|-------------------------|--|---|--|-----------------|
| ENFERMEDADES QUE PADECE | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? | DOSIS INSULINA: |
| | <input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS ¿CUÁLES? <input type="checkbox"/> OTRAS: | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL? | ¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS) | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|
| ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? | ¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO? | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |

| | | | | |
|-----------------|--|--|---|---|
| OTRAS ALERGIAS: | <input type="checkbox"/> PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL? | <input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL? | <input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL? | <input type="checkbox"/> OTRAS: ¿CUÁL? |
|-----------------|--|--|---|---|

| | | | |
|---|--------|--|--|
| ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? | ¿CUÁL? | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| ¿SABE NADAR? | CALENDARIO DE VACUNAS ACTUALIZADO (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS) | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...) | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? | CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--------------------|--|--|
| OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ESPECIFICAR: _____ | | |
|---|--------------------|--|--|

PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SI NO ESPECIFICAR _____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Continúa en el dorso de la hoja

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.

Si la actividad es fuera de los locales del grupo, será necesario entregar la tarjeta original.

Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- Acepto el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.
- No acepto el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales y los de la persona que representa legalmente, en su caso, a FEV, al Movimiento Scout Católico, y a las Asociaciones Scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros y a Asesoramiento Médico siglo XXI, con finalidades de aseguramiento de nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

- Acepto la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros
- No acepto la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos y los de la persona que represento legalmente en su caso implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad FEV.

- Declaro que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.
- Declaro que, en caso de máxima urgencia, la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si NO ha sido posible mi localización.

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

Fecha:

Firmar:

EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA, DEBEN FIRMAR LA AUTORIZACIÓN LAS DOS PARTES FAMILIARES DE LA MENOR

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), en base al artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), le informamos de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal titularidad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y los servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que usted consiente expresamente. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), en consecuencia tiene derecho a solicitar a la persona responsable del tratamiento el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección fev@scoutsfev.org. La legitimación del tratamiento que legitima o legaliza el tratamiento de sus datos personales es la solicitud por escrito de incorporación al grupo scout correspondiente mediante la cumplimentación y la firma de la hoja de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. Respecto al plazo temporal de conservación de sus datos personales, le informamos que éstos serán conservados mientras sean necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido registrados. Por lo tanto, se procederá a su cancelación cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para cumplir con las finalidades legítimas descritas anteriormente. Conforme a lo estipulado por el artículo 13.2. c) del RGPD le comunicamos la existencia del derecho a retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Asimismo, también le informamos de su derecho a presentar en su caso una reclamación ante la autoridad de control nacional (AEPD).