

**FICHA SANITARIA
MAYORES DE EDAD O MENORES EMANCIPADAS**



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

NOMBRE		APELLIDOS	DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITA		
NOMBRE PADRE/TUTOR (COMO CONTACTO)		NOMBRE MADRE/TUTORA (COMO CONTACTO)	TLF. DE CONTACTO 1	TLF. DE CONTACTO 2

FICHA SANITARIA: INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA UNA POSIBLE ASISTENCIA MÉDICA

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	DOSIS INSULINA:	
		<input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS ¿CUÁLES?		<input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? <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?		CARTILLA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA (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				
ESTA EMBARAZADA O LO SOSPECHA: <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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 informativos o para recibir comunicaciones.
- No acepto el tratamiento de mis datos 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 a **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, y a las **Asociaciones Scouts (SdC, MEV y/o SdA)** 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 a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros
- No acepto la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad **FEV**.

- Declaro ser mayor de edad o ser menor de edad emancipada.
- 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.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Fecha: Firma:

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).