

FITXA SANITÀRIA



DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

COGNOMS		NOM	DNI
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRIT	
NOM DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA	TELÈFON DE CONTACTE 1 TELÈFON DE CONTACTE 2

FITXA SANITÀRIA

GRUP SANGÜINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY	NÚMERO DE LA ASSEGURANÇA / SIP
---------------	----	-------------------------------	--------------------------------

MALALTIES PASSEDES	<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS	<input type="checkbox"/> PNEUMÒNIA	<input type="checkbox"/> RUBÈOLA
	<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI	<input type="checkbox"/> VARICEL·LA		

INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES	<input type="checkbox"/> COR	<input type="checkbox"/> AMÍGDALES I/O VEGETACIONS	<input type="checkbox"/> ALTRES: _____
PATIDES	<input type="checkbox"/> COLUMNA	<input type="checkbox"/> APÈNDIX	ANY DE LA INTERVENCIÓ: _____

MALALTIES QUE PATEIX	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME	<input type="checkbox"/> DIABETIS	DOSIS INSULINA _____
	<input type="checkbox"/> EPILÈPSIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÈNCIA URINÀRIA	<input type="checkbox"/> FOBIES	A QUÈ? _____
	<input type="checkbox"/> ANÈMIA			
	<input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES	quines? _____		
	<input type="checkbox"/> ALTRES:			

ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL?	QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ÉS AL·LÈRGIC A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT?	QUIN? QUE USA COM A SUBSTITUTIU?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ALTRES AL·LÈRGIES:	<input type="checkbox"/> PICADA D'ALGUN INSECTE	<input type="checkbox"/> ALGUN ARBUST/POL·LEN	<input type="checkbox"/> ALGUN ALIMENT	<input type="checkbox"/> ALTRES:
QUIN?	QUIN?	QUIN?	QUIN?	QUIN?

SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL?	QUIN?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SAP NADAR?	CARTILLA DE VACUNACIÓ ACTUALITZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ALTRES DADES D'INTERÈS (EXEMPLES: ANTECEDENTS FAMILIARS, MEDICACIÓ HABITUAL EN SITUACIONS ESPECIALS COM A MAL DE CAP, TOS...)

EMPLENAR EN CAS DE DONA	EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA
PREN ALGUN TIPUS DE ANTICONCEPTIU	ÉS FUMADOR:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
QUIN?	CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES:
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTÀ EMBARASSADA O EL SOSPITA:	ALTRES SUBSTÀNCIES:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____
	PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL:
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

MAJORS DE EDAT	MENORS DE EDAT NO EMANCIPATS
<p>DECLARE:</p> <p>Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat.</p> <p>AUTORITZE:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha sigut impossible la meua localització.</p> <p>Li informem que les seues dades personals seran incorporades a un fitxer, propietat de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat per a la finalitat, entre altres, de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que l'associat declara, per al que vosté consent expressament.</p> <p>En qualsevol moment, podrà exercitar els seus Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigit a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, NÚM. 17, C. P. 46001, València (València).</p> <p>Vosté consent expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, en la cessió de les seues dades personals a les associacions escoltes amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat.</p> <p>Declare ser major d'edat,</p> <p>_____, d _____ de _____</p> <p>Signatura: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>En / Na _____,</p> <p>com a mare/pare/tutor de _____</p> <p>DECLARE:</p> <p>Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat.</p> <p>AUTORITZE:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha sigut impossible la meua localització.</p> <p>Li informem que les seues dades personals i les del seu representat legalment, seran incorporades a un fitxer, propietat de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat per a la finalitat, entre altres, de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que l'associat declara, per al que vosté consent expressament.</p> <p>En qualsevol moment, podrà exercitar els seus Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigit a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, NÚM. 17, C. P. 46001, València (València).</p> <p>Vosté consent expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, en la cessió de les seues dades personals i els del seu representat legalment si és el cas, a les associacions escoltes amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat.</p> <p>_____, d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p> <p>(ES RECOMANA CONSTATAR AMB LA FITXA D'INSCRIPCIÓ SI LA PERSONA SIGNATÀRIA ÉS LA RESPONSABLE DEL MENOR)</p>

Juntament a aquesta fulla serà necessari adjuntar còpia de la cartilla de vacunació, la targeta sanitària i/o segur metge de la persona participant. Es recomana renovar aquesta fitxa anualment de cara als campaments d'estiu o quan hi haja un canvi en la informació de la mateixa.