



FICHA SANITARIA



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TELEFONO DE CONTACTO 1	TELEFONO DE CONTACTO 2

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUINEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE	NUMERO DEL SEGURO / SIP
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> RUBEOLA <input type="checkbox"/> SARAMPION <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> VARICELA			
INTERVENCIONES QUIRURGICAS PADECIDAS <input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES <input type="checkbox"/> OTRAS: _____ <input type="checkbox"/> COLUMNA <input type="checkbox"/> APÉNDICE AÑO DE LA INTERVENCIÓN: _____			
ENFERMEDADES QUE PADECE <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> DIABETES DOSIS INSULINA _____ <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA <input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? _____ <input type="checkbox"/> OTRAS: _____			
¿ESTA RECIBIENDO ALGUN TRATAMIENTO ESPECIAL?		¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> PICADURA DE ALGÚN INSECTO ¿CUÁL?	<input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL?	<input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O REGIMEN ESPECIAL?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SABE NADAR?	¿HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE? (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTROS DATOS DE INTERES			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD / MENORES EMANCIPADOS	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad. AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica. Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier momento, podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia). Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad, _____, _____ de _____ de _____ Firma: _____ DNI: _____	DECLARO: D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de _____ DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad. AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización. Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier momento, podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia). Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. _____, _____ de _____ de _____ Firma: _____ DNI: _____

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante. Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.