



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"/> SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> VARICELA | | | |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 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.