



FICHA SANITARIA MENORES DE EDAD NO EMANCIPADAS



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		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"/> 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"/> ANEMIA			
	<input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSÍQUICAS	¿CUÁLES?		
	<input type="checkbox"/> OTRAS:			

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

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

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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
--	--------

¿SABE NADAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CALENDARIO DE VACUNAS ACTUALIZADO <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?	CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	--

ESTA EMBARAZADA O LO SOSPECHA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR:
	PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> SÍ <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 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

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), 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, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el Asociado declara en el presente documento. *Sus datos personales y los de la persona que representa legalmente, en su caso, van a ser incorporados al fichero Asociados titularidad de FEV.* 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 al 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, mediante un escrito, acreditando su personalidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, calle Balmes, nº 17, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección fev@scoutsfev.org.

Asimismo le informamos que conforme a lo estipulado por el RGPD en su artículo 13.1 d), el interés legítimo perseguido por la persona responsable 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 o **Ficha Sanitaria de la FEV** (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito), siempre y cuando sobre dichos intereses no prevalezcan los intereses o derechos y libertades fundamentales de la persona interesada o afectada.

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 recabados o 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 (Agencia Española de Protección de Datos - AEPD).

- Acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente.
- No acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente.
- 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 LOPD, al RLOPD 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
- No acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts
- Acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a la Agencia de Seguros
- No acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente 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 ha sido imposible mi localización.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Fecha:

Firmar:

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

Junto a esta hoja será necesario adjuntar 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.