



# FICHA SANITARIA



## DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO CAMPAMENTO DE VERANO 2016			
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"/> ANEMIA			
<input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS	¿CUÁLES? _____		
<input type="checkbox"/> OTRAS:			

¿ESTA RECIBIENDO ALGUN TRATAMIENTO ESPECIAL?  SI  NO

¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)

¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?  SI  NO

¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?

OTRAS ALERGIAS:  PICADURA DE INSECTO  ALGÚN ARBUSTO/POLEN  ALGÚN ALIMENTO  OTRAS:

¿CUÁL? ¿CUÁL? ¿CUÁL? ¿CUÁL?

¿SIGUE ALGUNA DIETA O REGIMEN ESPECIAL?  SI  NO

¿CUÁL?

¿SABE NADAR?  SI  NO

CARTILLA DE VACUNACION ACTUALIZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)  SI  NO

OTROS DATOS DE INTERES (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACION HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...)

<p>CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER</p> <p>TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿CUÁL?</p> <p>ESTA EMBARAZADA O LO SOSPECHA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</p> <p>ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____</p> <p>PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ESPECIFICAR _____</p>
---	--

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

<p><b>MAYORES DE EDAD / MENORES EMANCIPADOS</b></p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>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</p> <p>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 <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.</p> <p>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).</p> <p>Usted <b>consiente expresamente</b> 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.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p>	<p><b>MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS</b></p> <p>D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de _____</p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>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.</p> <p>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 <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.</p> <p>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).</p> <p>Usted <b>consiente expresamente</b> 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.</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p>
--	--