

FICHA SANITARIA PERSONAL

(Rellenar este impreso con letra clara y legible, ya que son datos médicos importantes)

REFERENCIAS PERSONALES			
NOMBRE:	APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:		
DIRECCIÓN DE LOS FAMILIARES:			
MÓVIL DEL PADRE:	MÓVIL DE LA MADRE:		
TELÉFONO 1:	TELÉFONO 2:		
INFORMACIÓN MÉDICA			
Tipo de Grupo Sanguíneo:			
Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (Jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy, Apiretal	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Debe administrarse medicación durante la Ronda/Actividad...? (en caso afirmativo, indicar nombre y dosificación)	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (Indicar tipo y tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo)	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece algún tipo de alergia? (Indicar tipo y tratamiento a seguir)	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Debe seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el curso? (Celiacos,...)	<input type="checkbox"/>	SI	NO
Intolerancia a medicamentos o componentes. Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
Intolerancia a alimentos. Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Padece algún tipo de dificultad (De lenguaje, de vista, dislexia,...)? Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Requiere atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonámbulo,...)? Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a su carácter?:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
Otras Observaciones. Cuidados o precauciones sobre su edad y seguridad, costumbres,...	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Está vacunado contra el tétanos?	<input type="checkbox"/>	SI	NO
¿Qué enfermedades ha pasado? (Sarampión, hepatitis, asma, cardíacas, otras,...). Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO
RESTRICCIONES: (Actividades que NO puede realizar por motivo de salud). Especificar:	<input type="checkbox"/>	SI	NO

(Adjuntar más hojas de ser necesario)

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

Tarjeta Sanitaria Tarjeta de Asistencia Privada

PEGAR LA COPIA DE LA
TARJETA SANITARIA
(Solo la cara principal)



GRUPO SCOUT AGUAS NUEVAS



Autorización Para Recabar Datos De Salud

Le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero denominado Scouts de titularidad de la Delegación Diocesana de Escultismo de Albacete, cuya finalidad es gestionar y controlar las características médicas de los miembros de la asociación y grupos scouts para la realización de actividades propias del escultismo, para lo que **usted consiente expresamente**.

Así mismo, se le informa que recogeremos los datos de salud para la realización de actividades programadas durante la ronda solar de la asociación.

Sus datos personales recabados se tratarán según los términos previstos por la legislación vigente y para la finalidad indicada, y serán cedidos al Grupo Scout Aguas Nuevas.

Delegación Diocesana de Escultismo de Albacete garantiza la confidencialidad de los datos personales que obren en sus ficheros y adoptará las medidas reglamentarias que eviten, en la medida de lo posible, su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Una vez dejen de ser necesarios los datos personales proporcionados, se procederá a su cancelación en nuestros ficheros y a la destrucción o devolución al titular de los datos, según el caso, de los soportes en los que se recoja la información con datos personales facilitada, sin que se admita la conservación de copias de dicha información.

Si lo desea puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: C/ Salamanca 9,1ºB, 02001, Albacete.

- Autorizo a que los datos personales sean almacenados y/o tratados con la finalidad arriba indicada, dando para ello el consentimiento expreso y por escrito.
- Autorizo 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 comunicación.

En _____, a _____ de _____ 20__

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____