



## FICHA SANITARIA MAYORES DE EDAD O MENORES EMANCIPADOS/AS



### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

|                                    |      |                                                                   |  |                    |                    |
|------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--------------------|
| NOMBRE                             |      | APELLIDOS                                                         |  | DNI                |                    |
| FECHA DE NACIMIENTO                | EDAD | ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITA<br><b>CAMPAMENTO LA PRIDA 2024</b> |  |                    |                    |
| NOMBRE PADRE/TUTOR (COMO CONTACTO) |      | NOMBRE MADRE/TUTORA (COMO CONTACTO)                               |  | TLF. DE CONTACTO 1 | TLF. DE CONTACTO 2 |

### FICHA SANITARIA: INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA UNA POSIBLE ASISTENCIA MÉDICA

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| GRUPO SANGUINEO                                                                                                                        | RH                                                                                                                                                                                                                           | SEGURO AL QUE PERTENECE                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            | NÚMERO DEL SEGURO / SIP           |                                  |
| ENFERMEDADES PASADAS                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ESCARLATINA<br><input type="checkbox"/> SARAMPIÓN                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> HEPATITIS<br><input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS              | <input type="checkbox"/> MENINGITIS<br><input type="checkbox"/> VARICELA                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA | <input type="checkbox"/> RUBEOLA |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS                                                                                                   | <input type="checkbox"/> CORAZÓN<br><input type="checkbox"/> COLUMNA                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES<br><input type="checkbox"/> APÉNDICE | <input type="checkbox"/> OTRAS:<br>AÑO DE LA INTERVENCIÓN:                                                                                                                                                                                 |                                   |                                  |
| ENFERMEDADES QUE PADECE                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ASMA<br><input type="checkbox"/> EPILEPSIA<br><input type="checkbox"/> ANEMIA<br><br><input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSÍQUICAS ¿CUÁLES?                                                       | <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO<br><input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> DIABETES. ADJUNTAR PAUTA DE INSULINA, SI PRECISA<br><input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ?<br><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ESPECIFICA CUÁL:<br><br><input type="checkbox"/> OTRAS: |                                   |                                  |
| ¿ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                | ¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, SI LA PADECE, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)<br><b>RECORDATORIO: ES OBLIGATORIO APORTAR LA RECETA MÉDICA JUNTO CON LA PAUTA</b>                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                   | ¿CUÁL? ¿QUÉ USA COMO SUSTITUTIVO?                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| OTRAS ALERGIAS:                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                       |                                                                                          | <input type="checkbox"/> PICADURA DE INSECTO<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                                     |                                   |                                  |
|                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                            |                                                                                          | <input type="checkbox"/> OTRAS:<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                  |
| ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                     | ¿CUÁL?<br><input type="checkbox"/> SIN LACTOSA <input type="checkbox"/> SIN GLUTEN <input type="checkbox"/> VEGETARIANA <input type="checkbox"/> VEGANA <input type="checkbox"/> SIN CERDO<br><input type="checkbox"/> OTROS |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| ¿SABE NADAR?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                | CARTILLA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNÉ DE VACUNAS)<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...) |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| <b>CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</b>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| ES FUMADOR/A: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                   |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |
| ESTÁ EMBARAZADA O LO SOSPECHA:<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                              |                                                                                                                                                                                                                              | OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR:   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |

Continúa en el dorso de la hoja

## RECORDATORIO

Junto a esta hoja será necesario adjuntar **copias de la cartilla de vacunación actualizada y la tarjeta sanitaria y/o seguro médico** de la persona participante. Será necesario entregar la tarjeta original antes de empezar el campamento.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- Acepto** el tratamiento de mis datos informativos o para recibir comunicaciones.
- No acepto** el tratamiento de mis datos con fines informativos o para recibir comunicaciones.

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales a **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, y a las **Asociaciones Scouts (SdC, MEV y/o SdA)** 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 a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros
- No acepto** la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad **FEV**.

- Declaro** ser mayor de edad o ser menor de edad emancipada.
- 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.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), 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 de gestionar las actividades y los servicios ofertados. 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 a la persona 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 y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección [fev@scoutsfev.org](mailto:fev@scoutsfev.org). La legitimación 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 de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. 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 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 (AEPD).