



## FICHA SANITARIA MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS



### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (como contacto)		NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA (como contacto)		TLF. DE CONTACTO 1	TLF. DE CONTACTO 2

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

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	-------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS  ESCARLATINA  HEPATITIS  MENINGITIS  NEUMONÍA  RUBEOLA  
 SARAMPIÓN  TUBERCULOSIS  VARICELA

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  OTRAS:  CORAZÓN  AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES  
PADECIDAS  COLUMNA  APÉNDICE

¿ESTÁ AL CORRIENTE DE LAS VACUNAS OBLIGATORIAS?  
SI NO

AÑO DE LA INTERVENCIÓN:

ENFERMEDADES QUE PADECE  ASMA  SONAMBULISMO  DIABETES DOSIS INSULINA:  
 EPILEPSIA  INCONTINENCIA URINARIA  FOBIAS ¿A QUÉ?  
 ANEMIA  ALTERACIONES PSÍQUICAS ¿CUÁLES?  
 OTRAS:

¿ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL?  
 SI  NO

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

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?  
 SI  NO

¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?

OTRAS ALERGIAS:  PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL?

ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL?

ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?

OTRAS: ¿CUÁL?

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?  
 SÍ  NO

¿CUÁL?

¿SABE NADAR?  
 SÍ  NO

CALENDARIO DE VACUNAS ACTUALIZADO (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)  
 SI  NO

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

CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER  
TOMA ALGÚN TIPO DE  
ANTICONCEPTIVO  
 SÍ  NO

CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA  
ES FUMADOR:  SÍ  NO  
CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS:  SÍ  NO

## 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 **SCOUTS DE MADRID - MSC**, 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 SCOUTS DE MADRID - MSC.* Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de **SCOUTS DE MADRID - MSC**, 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 **SCOUTS DE MADRID - MSC**, calle entre arrollos, nº 19 bis, C.P. 28030, Madrid, o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección [info@scoutsdemadrid.org](mailto:info@scoutsdemadrid.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 Scouts San Miguel Moralzarzal** (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

**No acepto** el tratamiento de mis datos

**Acepto** el tratamiento de mis datos con fines 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 LOPD, al RLOPD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales a **FEV**, al **Scouts San Miguel Moralzarzal**, con finalidades de aseguramiento de nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

**Acepto** la cesión de mis datos a las Entidades Scouts

**No acepto** la cesión de mis datos a las Entidades Scouts

**Acepto** la cesión de mis datos a la Agencia de Seguros

**No acepto** la cesión de mis datos a la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos implica la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad **SCOUTS DE MADRID - MSC**.

**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:

Firma:

DNI/NIE:

Fecha:

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

*Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, 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.*