

Ficha médica

Grupo Scout

Foto

Datos personales de la persona asociada			
Nombre registral (DNI)		Apellidos	
Nombre con el que se identifica			
Fecha de nacimiento		Edad	
Grupo Sanguíneo / RH			
Nº Seguridad Social		Otros Seguros	
Teléfonos			

Enfermedades propias de la infancia			
Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros			

Alergias			
¿A qué?	Síntomas	Tratamiento	Observaciones
(Medicamentos, alimentos, animales, plantas, etc)		(Nombre del medicamento y posología)	

Enfermedades de interés (asma, diabetes, etc.)		
Enfermedad	Descripción de los síntomas	Tratamiento

Necesidades educativas o discapacidad

Aspectos a reseñar sobre su personalidad

Tratamientos médicos	
¿Se medica regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del medicamento y posología	

Intervenciones quirúrgicas
Tipo y fecha

Enfermedades últimos meses
Nombre y fecha aproximada

Otras observaciones importantes	
<i>Como, por ejemplo, problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor...</i>	
Descripción de los síntomas	
Tratamiento	

Autorización	
Yo, _____ con DNI/NIE _____ entrego los siguientes documentos: <input type="checkbox"/> Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar <input type="checkbox"/> Copia Cartilla Vacunación <input type="checkbox"/> Otros informes o documentos _____.	
Autorizo que se pueda trasladar al menor al centro médico de referencia en caso de necesidad o urgencia, así como a suministrarle el tratamiento que le sea prescrito para preservar o conservar su salud".	
En _____, a _____ de _____	Firma madre/padre o tutor/a legal 1
	Firma madre/padre o tutor/a legal 2

RESPONSABLE: Grupo Scout Estrella Polar 191 | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://www.estrellapolar191.com/>.

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.