

FICHA MÉDICA

FOTO

GRUPO SCOUT

GRUPO III EXPLORADORES DE MADRID

RONDA SOLAR

2023/2024

Datos Personales de la persona asociada

Sección/Unidad			
Nombre		Apellidos	
Fecha de Nacimiento		Grupo Sanguíneo/RH	
Nº Seguridad Social		Otro Seguros	
Teléfonos	1.	2.	3.

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? <i>(Medicamentos, alimentos, animales, plantas, etc)</i>	Síntomas	Tratamiento <i>(Nombre del medicamento y posología)</i>	Observaciones

Enfermedades de interés (asma, diabetes, ect.)

¿Padece alguna enfermedad?
¿Cuál?

Descripción de los síntomas

Tratamiento *(Nombre del medicamento y posología)*

Necesidades educativas o discapacidad

Aspectos a reseñar sobre su personalidad

TRATAMIENTOS MÉDICOS

¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)

Medicación

¿Se medica regularmente?

Sí

No

¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?

Sí

No

Tratamiento (nombre del medicamento y posología)

Intervenciones quirúrgicas (tipo y fecha)

En los últimos meses ha padecido las siguiente enfermedades (nombre y fecha aprox)

Otras observaciones importantes

(Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..)

Descripción de los síntomas

Tratamiento

Nombre del medicamento y posología

No oculto información médica relevante al **GRUPO III EXPLORADORES DE MADRID.**

Yo, _____ con DNI/NIE _____ entrego los siguientes documentos:

Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar

Copia Cartilla Vacunación

Otros informes o documentos _____.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la ficha médica.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre/tutor/a legal

RESPONSABLE: GRUPO III EXPLORADORES DE MADRID **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:** Solo se cederán datos a personal sanitario, en caso de urgencia. **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 a través de scout.grupo3@gmail.com

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