



# FICHA MÉDICA

Grupo Scout 217 Matterhorn

Grupo Scout 217 Matterhorn

Paseo Reina Cristina 16, bajo

28014 - Madrid

Tel.: 914336791

email: gruposcout217@hotmail.com

web: www.gruposcout217.net

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del Grupo Scout 217 Matterhorn, con la finalidad de gestionar la información de nuestros educandos y sus familias, para el óptimo desarrollo de nuestras actividades educativas. Los datos recogidos son tratados desde la confidencialidad, los principios y valores del Movimiento Scout; no serán cedidos ni compartidos con empresas ni entidades ajenas al Grupo. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación cancelación u oposición, mediante comunicación escrita a la dirección Paseo Reina Cristina 16, bajo; 28014 Madrid. Dicha comunicación deberá incluir nombre y apellidos, petición en que se concreta la solicitud, dirección a efectos de notificaciones, fecha, firma y DNI o pasaporte.

La ficha médica debe ser rellenada por los padres del/la Scout con todos los datos completos y verídicos, ya que esta información es vital para el cuidado médico de su hijo/a. El Grupo no se hará responsable de ninguna negligencia médica sobrevenida por omisión de datos en la ficha por parte de la familia.

Junto con esta ficha, debe presentarse la Tarjeta de la Seguridad Social o la del seguro e informe médico de prescripción de un tratamiento y/o diagnóstico si existiera.

## DATOS DEL/LA SCOUT:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia, avisar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Otra persona de contacto y sus datos: \_\_\_\_\_

## DATOS MÉDICOS GENERALES:

Seleccione la opción que aplique a su hijo/a:

### **Dieta**

Mi hijo/a tiene una dieta normal

Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias (aportar informe médico): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicaciones especiales para la dieta de su hijo/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Alergias**

Mi hijo/a no tiene ninguna alergia conocida

Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes alimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MI hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias (picaduras de insectos, plantas, animales, polen, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Enfermedades

Mi hijo/a no padece de ninguna enfermedad crónica, y puede participar en todas las actividades.

Mi hijo/a padece alguna de las siguientes enfermedades (marque las opciones necesarias):

Asma o problema respiratorio  
Diabetes  
Migraña (dolor de cabeza)  
Problemas cardíacos  
Infecciones de oído frecuentes

Problemas digestivos  
Sonambulismo  
Otros (especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades crónicas, indique el tratamiento que debemos seguir si se presentase una crisis (si lo considera necesario, anexe una explicación detallada en una hoja a parte)

## Vacunación

Mi hijo/a está correctamente vacunado/a según calendario de vacunaciones: **Sí** **No**

¿Cuál no tiene puesta? \_\_\_\_\_

Otras vacunas puestas no incluidas en el calendario de vacunaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? **Sí** **No**

**Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a, explique en caso de responder afirmativamente:**

¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Padece de algún problema ortopédico o de articulaciones? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de audición o visión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna enfermedad o problema dermatológico? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciosa recientemente (3 meses)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En niñas: ¿Presenta ya la menstruación?. En caso afirmativo, ¿Presenta un síndrome premenstrual importante?  
\_\_\_\_\_

¿Sigue algún tratamiento médico? **Sí** **No**

(En caso afirmativo, anexe una explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, la dosis, el horario que se debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento):

¿Tiene algún impedimento físico para participar en alguna actividad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algún comentario o información adicional que debamos saber sobre su hijo/a? Indíquelo por favor, o bien anexe la información.

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_