

B. FICHA MÉDICA

EL CHAVAL

Nombre	Apellidos	
Edad en el campamento	Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social

DATOS DE CONTACTO DURANTE EL CAMPAMENTO

Nombre de la madre o tutora legal		NIF
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo
Correo electrónico		

Nombre del padre o tutor legal		NIF
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo
Correo electrónico		

DATOS FACULTATIVOS

- **Trastornos frecuentes:**
- | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resfriados | <input type="checkbox"/> Anginas | <input type="checkbox"/> Faringitis | <input type="checkbox"/> Digestiones pesadas/lentas | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal | <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna | <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Ninguno | |

Otros (especificar)

- **Enfermedades padecidas:**
- | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo __) | <input type="checkbox"/> Ninguna |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|

- Enfermedades urinarias (especificar)
- Enfermedades digestivas (especificar)
- Enfermedades respiratorias (especificar)
- Enfermedades cardíacas (especificar)

Otras (especificar)

- **Enfermedades crónicas:**
- | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Ninguna |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|

Otras (especificar)

- **Alérgico a medicamentos:**
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

Especificar

■ **Alergias:** Sí NO

Especificar

■ **Tratamiento durante la estancia:** Sí NO

Medicamento

Dosis/posología. Horario de administración.

■ **Otros datos médicos de interés que desees constatar**

--

DATOS NUTRICIONALES DEL CHAVAL

■ **Alérgico a alimentos:** Sí NO

Especificar

--

■ **Intolerancia a alimentos:** Sí NO

Especificar

--

OTROS ASPECTOS

■ **¿Sabe nadar?:** Sí NO Regular

■ **Hay alguna actividad que no pueda realizar con normalidad** Sí NO

Especificar cuál y su causa

--

■ **Indica todo aquello que consideres debamos conocer**

--

Con mi firma declaro que todos los datos aportados en la presente ficha médica son ciertos, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para el resto de los participantes. Asimismo, eximo al Grupo Scout Calasanz-Val de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte de los datos que aparecen en esta ficha médica.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica en Alcalá de Henares, a de de 202 .

Firma del padre, madre o tutor legal durante el campamento

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los padres, madres o tutores/as de los participantes en cualquier actividad de ocio educativo infantil y juvenil deberán mostrar su aceptación, por escrito y de forma previa, de los siguientes requisitos de participación:

1. Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.

- El/la participante no puede tomar parte en la actividad si presenta cualquier sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID-19.
- El/la participante no puede tomar parte en la actividad si ha estado en contacto estrecho (convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 1,5 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos) o compartido espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 14 días. Durante ese periodo debe realizar un seguimiento por si aparecen signos de la enfermedad.
- El/a participante sí puede, pero no debería, tomar parte en la actividad si es vulnerable o convive con una persona que sea vulnerable por ser mayor de 60 años, estar diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, o por estar embarazada o por padecer afecciones médicas anteriores. Si opta por participar deberá dejar constancia del riesgo que corre él o sus familiares en el consentimiento informado.

2. Compromiso de comprobación diaria de estado de salud y de causa de ausencia

- Los tutores/as legales de los/as participantes deberán comprobar diariamente su estado de salud antes de incorporarse a la actividad.
- Los/las participantes deberán notificar las causas de ausencia al responsable de su grupo a través del móvil u otro medio.

Si alguna persona involucrada en la actividad presenta sintomatología asociada con el

COVID-19 no acudirá y contactará con el responsable de su actividad

3. Aceptación del documento informativo para familias sobre medidas personales de higiene y prevención obligatorias : [PLAN DE ADECUACIÓN COVID-19](#)

4. Firma del consentimiento informado:

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO EDUCATIVO JUVENIL

D/Da con no de DNI/NIE.....

actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a del interesado/a (menor de edad)

D/Da con nº de DNI/NIE

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación:

Si / No. Si es que sí, especifique:

Grupo Scout que desarrolla la actividad.....

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el/la interesado/a) **participe en las actividades de la organización expuesta para la RONDA 2020/201**, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19. (Márquese en lo que proceda).

Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo

Declaro que el/la interesado/a cumple los requisitos de admisión establecidos en el documento de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado.

Declaro que el/la interesado/a no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que,

en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo mi propia responsabilidad.

Me comprometo a comprobar diariamente el estado de salud de mi hijo/a, tutelado/a y, en su caso, a comunicar la causa de ausencia el/la interesado/a (a través de móvil u otro medio).

Aceptación del documento de medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19

He leído y acepto los compromisos contenidos en el documento de información para familias sobre medidas personales de higiene y prevención obligatorias.

Aceptación de la comprobación de la temperatura corporal como medida preventiva de la expansión de la COVID – 19,

Acepto la toma de temperatura del/la interesado/ay la recogida de los datos con la única y exclusiva finalidad preventiva.

Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad al COVID-19

Declaro que he recibido y leído el Plan de adecuación de la actividad al COVID-19 de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.

Declaro que he recibido y leído el protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio de la entidad responsable de la actividad.

Consentimiento informado sobre COVID-19

Declaró que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para él/ella mismo/a y para las personas que conviven con él/ella, la participación del/la interesado/a en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

Aceptación política de privacidad y tratamiento de datos:



Scouts de Madrid le informa que, debido a la entrada en vigor del Reglamento Europeo de Protección de Datos, que se aplicó el pasado 25 de mayo, hemos adaptado y renovado nuestra Política de Privacidad, para cumplir con las nuevas obligaciones que nos impone el RGPD. Por ello al firmar este documento da a Scouts de Madrid-MS, el consentimiento expreso para tratar los datos para la finalidad contenida en este documento. Con esta nueva política estará informado en todo momento de por qué tratamos sus datos, qué ocurre con ellos y cómo los protegemos. Igualmente, encontrará nuestro compromiso de no ceder sus datos a terceros y todos los derechos que tiene en relación al tratamiento de sus datos. Tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante escrito dirigido a la presidenta de Scouts de Madrid-MS la siguiente dirección: Scouts de Madrid, calle Entre arroyos 19 bis, 28030 Madrid o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: info@scoutsdemadrid.org

Declaro que he recibido y acepto la política de Privacidad y tratamiento de datos.

En, a..... de....de.....

