FICHA DE DATOS MÉDICOS DEL GRUPO SCOUT OKAPI 465

Rellene esta ficha si considera oportuno actualizar los datos médicos que tenemos de su hijo/a, ya sea para ampliar la información de una enfermedad crónica o para informar de un tratamiento temporal.

DATOS PERSONALES	
Apellidos, Nombre	

DATOS MÉDICOS					
Diagnóstico principal					
Patologías médicas asociadas *(problemas del corazón, respiratorios, visuales…)*					
Alergias e intolerancias *(a alimentos, a medicamentos, alergias generales…)*					
Intervenciones quirúrgicas					
Control de esfínteres	Sí: ☐		No: ☐		
TRATAMIENTO: MEDICACIÓN Y POSOLOGÍA					
Medicamentos	**En ayunas** *(dosis)*	**Desayuno** *(dosis)*	**Comida** *(dosis)*	**Cena** *(dosis)*	**Antes de dormir** *(dosis)*
Medicación en caso de urgencia / Otros medicamentos, pomadas, colirios…					
Otras observaciones *(efectos secundarios, cambios de conducta, temporalidad de medicamentos …)*					

IMPORTANTE: si no se ha entregado todavía se debe adjuntar con esta ficha la fotocopia de la tarjeta sanitaria y del calendario de vacunas actualizado.

Con la firma de este documento autorizo al Grupo Scout Okapi 465 a la toma de decisiones médico-quirúrgicas que fuera necesario adoptar en caso de urgencia durante el desarrollo de las actividades que éste organiza. También confirmo que los datos médicos proporcionados están actualizados a fecha de la firma de este documento para que mi hijo/a pueda tener la atención sanitaria más adecuada posible si fuera necesario.

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 y la LOPD le informamos de que sus datos serán procesados por la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT OKAPI 465 con la finalidad de llevar a cabo la gestión de sus datos personales para la inscripción en actividades organizadas por la entidad. Los datos proporcionados se conservarán durante los plazos previstos por la legislación específica. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a secretaria@gruposcoutokapi.com

Firma del padre/madre/tutor:

Nombre del firmante:

En Zaragoza a _____ de _____ de _____