



## **FICHA MÉDICA**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto** \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECE**

**TITULAR** \_\_\_\_\_ **Nº de Afiliación** \_\_\_\_\_

**¿PADECE ALGUNA CLASE DE ALERGIA?** Si padece alguna, indique cual y la causa o causas que la originan.

**¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO?** Si sigue alguno, indique cuál es y la forma de administrárselo.

**¿NECESITA UNA DIETA ALIMENTICIA U OTRO REQUERIMIENTO ESPECIAL?**

**¿QUÉ VACUNAS TIENE?**

-

-

- Antitetánica: \_\_\_\_\_ (En este caso, anote la fecha en que se la pusieron)

- COVID-19: SÍ ☐, Nº de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_

En Zaragoza, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

Firmado \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutor)

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos médicos anteriormente señalados pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT EL RABAL 183 y de ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN cuya finalidad es la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias.