



AYUNTAMIENTO DE SANTA MARTA DE TORMES
CONCEJALIA DE FAMILIA E INFANCIA

FICHA MÉDICA

DATOS DEL PARTICIPANTE

Dº/Dña:..... con DNI:.....

como padre/madre/tutor o representante legal del participante:.....(nombre del niño/a.....

Seguro médico. Indique si es seguridad social o seguro privado.....
(recuerde que debe entregar copia de la tarjeta sanitaria junto con la documentación)

ANTECEDENTES

Enfermedades específicas padecidas o Intervenciones quirúrgicas a destacar'

.....

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?: ¿A cuáles?:

Alergias alimenticias?: ¿A qué alimentos?:

Algún otro tipo de alergia a destacar?.....

¿Sigue algún régimen de comida?.....

¿Tiene puesta la vacuna antitetánica?: ¿Ataques epilépticos?:

¿Se orina involuntariamente?: ¿Cuándo?:

¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

Presenta reacción o problemas ante alguna medicación ?

.....

¿Tienes algún miedo hacia algo en especial?.....

¿Necesita algún apoyo extra en alguna actividad?.....

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:

.....
.....

Como norma general, en los campamentos no se administrará ningún tipo de medicación a los menores. En casos excepcionales, debidamente justificados, y siempre bajo prescripción médica, se podrá evaluar algún caso.

DECLARACION RESPONSABLE DEL TUTOR

PROTOCOLO COVID

DECLARO QUE EL PARTICIPANTE NO HA TENIDO EN LOS ULTIMOS 15 DIAS ANTES DEL INICIO RESERVADO NINGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

- FIEBRE
- TOS SECA
- CANSANCIO
- DIARREA
- ERUPCIONES CUTANEAS O PERDIDA DE COLOR EN PIES Y MANOS.
- DOLOR DE CABEZA
- DOLOR DE GARGANTA
- PERDIDA DE OLFATO O DEL GUSTO
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR O SENSACION DE FALTA DE AIRE
- DOLOR O PRESIÓN DE PECHO
- INCAPACIDAD PARA HABLAR O MOVERSE

TAMBIEN DECLARO QUE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS NINGUN MIEMBRO DEL NUCLEO FAMILIAR TUVO SINTOMAS NI LE FUE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD DE COVID 19.

HE SIDO INFORMADO POR PARTE DE LA ORGANIZACIÓN DE TODAS LAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS ADAPTADOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA ACTIVIDAD.

EN CASO DE ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS UNA VEZ INICIADA LA ACTIVIDAD, SUSPENDERÉ AUTOMATICAMENTE LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO EN EL CAMPAMENTO Y PONDRÉ EL CASO EN CONOCIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD O AUTORIDADES SANITARIAS.

EN _____, A _____ DE _____ DE 2021.

Firmado:.....

Dni:.....

NOTA IMPORTANTE

Para la Participación en las actividades ES IMPRESCINDIBLE llevar esta ficha Médica cumplimentada.

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que mis datos facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático), sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. .Quedo informado que mis datos serán cedidos, a la empresas coorganizadoras del campamento y de las empresas que organice actividades puntuales que lo requieran , y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente .Autorizo al ayuntamiento de Santa Marta de Tormes, y a las empresas coorganizadoras a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o audio en las que participa mi hijo/a para uso únicamente divulgativo y escolar, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes. El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que no tiene impedimento físico o médico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe .Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de mis datos en la dirección postal Plaza de España S/N. Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes