



## HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

### FICHA SANITARIA -verano 2025-

<b>DATOS DEL PARTICIPANTE</b>			
<b>NOMBRE</b>	<b>1º APELLIDO</b>	<b>2º APELLIDO</b>	<b>MÓVIL</b>
<b>Fecha Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>DNI</b>	<b>SIP</b>
<b>Nombre (Padres/Tutor)</b>	<b>1º APELLIDO</b>	<b>2º APELLIDO</b>	<b>MÓVIL</b>

<b>FICHA SANITARIA</b>		
<b>Grupo Sanguíneo</b>	<b>RH</b>	
<b>Enfermedades pasadas:</b> (marca con X)		
Sarampión    SÍ--NO	Hepatitis    SÍ--NO	Asma    SÍ--NO
Cardiacas    SÍ--NO	Otras:	
<b>En la actualidad:</b>		
¿Padeces de alguna enfermedad	SÍ—NO	¿Cuál?
¿Sigues algún tratamiento médico?	SÍ—NO	¿Cuál?
¿Tienes alguna enfermedad crónica?	SÍ—NO	¿Cuál?
¿Sigues alguna dieta o régimen especial?	SÍ—NO	¿Cuál?
¿Eres alérgico a algún tipo de medicación?	SÍ—NO	¿Cuál?
¿Tienes algún tipo de alergia alimentaria?	SÍ—NO	¿Cuál?
Otras alergias:	SÍ—NO	¿Cuál?
Otros datos de interesa:	SÍ—NO	¿Cuál?

- Esta ficha se llevará en papel a las convivencias o cabe la posibilidad de enviar:

Correo: hadpastoral@gmail.com

WhatsApp: 609277562

Hermanita: Sor Rosa Parra

- Junto a esta ficha será necesario adjuntar la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.

# FICHA DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

## Menores de 14 años

D./Dña....., con DNI.....y como padre, madre o tutor legal de....., con DNI.....

- Autorizo a los responsables de las convivencias a que, en caso de accidente o enfermedad, actúen y tomen las decisiones oportunas, con conocimiento y según las prescripciones del personal sanitario que atiendan a mi hija.

Firmado en.....,a.....de.....de 20.....

D.D<sup>a</sup>.....(Nombre, apellidos y firma del padre, madre o tutor legal).

Fdo:.....

## Mayores de 14 años

- Autorizo a los responsables de las convivencias a que, en caso de accidente o enfermedad, actúen y tomen las decisiones oportunas, con conocimiento y según las prescripciones del personal sanitario que me atiendan.

Firmado en.....,a.....de.....de 20.....

.....(Nombre, apellidos y firma de la participante).

Fdo:.....

Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el participante declara, para lo que usted consiente expresamente.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a [protege@hermanitas.es](mailto:protege@hermanitas.es).