



HOSPITALIDAD NTRA. SRA. DE LOURDES DE MADRID

FICHA CONFIDENCIAL DE ENFERMO

Numero: _____

Equipo: _____

En caso de que se adjunte informe médico informatizado, esta ficha debe, siempre, ser firmada por el enfermo o representante legal.

Nombre y Apellidos					
DNI		Fecha nacimiento		Edad	
Domicilio					
Cód. Postal		Localidad		Provincia	
Email Personal o centro			Tlf. Fijo		Tlf. Móvil
Persona de contacto			Parentesco		Tlf.

ENCUESTA DE SALUD

1.- ENFERMEDAD PRINCIPAL			
2.- OTRAS ENFERMEDADES:			
	1		
	2		
	3		
3.- ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
4.- TRATAMIENTO			
	MEDICAMENTO	VIA	PAUTA y DOSIS
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE PRECISA:			
6.- DIETA			
Normal	Diabético	Sin sal	Diabético y sin sal
			Triturada
			Otra
7.- OXÍGENO	no	Si, Tiempo y modo de administración	
8.- MOVILIDAD:			
Independiente	Silla anclada	Tumbado/Camilla	Dependiente de Silla para desplazarse
Movilidad Reducida, 2 Personas o Silla para Desplazarse		M.R., Una Persona para Desplazarse	

ESCALA DE VALORACIÓN (Índice de Barthel Modificado)**Comer:** Totalmente independiente Necesita ayuda cortar /comer Dependiente **Lavarse:** Totalmente independiente Necesita ayuda para lavarse Dependiente **Vestirse:** Totalmente independiente Necesita ayuda para vestirse Dependiente **Usar el WC:** Totalmente independiente Necesita ayuda, y se limpia solo Dependiente **Usa Pañales:** Si No En caso afirmativo ¿talla?:**Portador Sonda Urinaria:** Si No En caso afirmativo ¿número?:**Tiene Escaras:** Si No En caso afirmativo ¿donde?:**COMENTARIO MÉDICO**

Nombre del Médico

Nº de Colegiado

Firma:

Madrid a de de 20

DECLARO **bajo mi responsabilidad**, que son ciertos los datos consignados en la presente ficha. Manifiesto igualmente que **eximo de toda responsabilidad** a la Hospitalidad de Lourdes de Madrid, como entidad, y a los miembros de la misma, en particular, por:

- 1.- Suspensión de la peregrinación por causa de fuerza mayor.
- 2.- De los daños y perjuicios que puedan originarse por no observar la normativa de la peregrinación.

Firma del Enfermo / Representante Legal

Madrid, a.....de.....de 20.....

REVISIÓN MÉDICO DE LA HOSPITALIDAD

Comentario.....

Nombre del Médico de la Hospitalidad:

Firma

Fecha:

TRATAMIENTO DE DATOS

La formalización de esta ficha implica el consentimiento por parte del firmante para que la Hospitalidad someta los datos aportados a tratamiento informático e incorporación a los correspondientes ficheros, sin perjuicio de los derechos señalados en la Orden 15/99 de 13 de diciembre, sobre protección de datos de carácter personal, su acceso, rectificación y/o cancelación en cualquier momento, mediante la correspondiente comunicación escrita a la Hospitalidad.

COBERTURA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La Hospitalidad queda eximida de toda responsabilidad en caso de accidente. Durante el viaje, el interesado estará amparado por el seguro del transportista y durante la estancia en Lourdes por el aseguramiento contratado por la Hospitalidad. EL INTERESADO DEBE ACUDIR A LA PEREGRINACIÓN PROVISTO DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA O EL TÍTULO CORRESPONDIENTE DEL SEGURO PRIVADO DE QUE DISPONGA.

MEDICACIÓN

La medicación necesaria se introducirá, en **envases originales o blisters completos**, en el neceser que se entregará junto con la bolsa para el viaje, el cual deberá ser identificado con el nombre del enfermo. No se admitirán pastilleros, bolsas con pastillas sueltas, etc. La medicación para el viaje de ida sé llevará aparte.