



# 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.