



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	<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Pure	<input type="checkbox"/> Picada	<input type="checkbox"/> Sin Gluten	<input type="checkbox"/> Otra
7.- OXÍGENO		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Si, Tiempo y modo de administración		
8.- MOVILIDAD:					
Independiente	<input type="checkbox"/> Silla	<input type="checkbox"/> Silla anclada	<input type="checkbox"/> Silla eléctrica	<input type="checkbox"/> Silla eléctrica anclada	
Movilidad reducida necesita ayuda para Desplazarse		<input type="checkbox"/> Otra			

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 de la política de Protección de datos de la Hospitalidad de Ntra Sra de Lourdes de Madrid (hoja aparte), Así como la utilización de imágenes captadas en actos públicos de la peregrinación para su difusión y utilización en los medios propios de la Hospitalidad (web, publicaciones, publicidad, etc.) 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 se llevará aparte.