

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS DE CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	Teléfono
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor		

2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Número de colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad	
<input type="checkbox"/> Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/> Entidad Sanitaria privada			

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Localidad
Diagnóstico		
Fecha ingreso hospitalario Desde _____ Hasta _____		Hospital

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO DIRECTO CONTINUO Y PERMANENTE

A1. Terapias intravenosas y subcutáneas

Antibioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		

A2. Terapias nutricionales / digestivas

Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>
Colostomía <input type="checkbox"/>			

A3. Terapias respiratorias

Traqueostomía <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no Invasiva diurna <input type="checkbox"/>	Vent. mec. no Invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>	Asistente de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>			

A4. Cuidados quirúrgicos

Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
--	--	--	--

A5. Terapias urológicas/nefrológicas

Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			

A6. Monitorización

Neumocardiograma <input type="checkbox"/>	
---	--

B. A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones

<input type="checkbox"/> Inmunosupresión importante <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad <input type="checkbox"/> Epilepsia de difícil control <input type="checkbox"/> Otros: (Especificar detalladamente)
--

C. ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? SI NO

¿Tiene un centro asignado? SI NO

D. ¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? SI NO

4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Número de colegiado		Especialidad/Cargo
Hospital/Centro Sanitario		Teléfono

5. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR

Desde		Hasta	
-------	--	-------	--

En _____ a _____ de _____ de _____.

FIRMA, SELLO Y NÚMERO DE
COLEGIADO

Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7,
CIF: G39008321
Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.
Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.
- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.



Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>