



N.º de inscripción:

N.º de equipo:

HOSPITALIDAD DE NTRA. SRA. DE LOURDES DE MADRID

FICHA MEDICA CONFIDENCIAL

Esta ficha debe ser firmada por la persona o representante legal, aunque se proporcione un informe médico impreso.

Firmar en las flechas amarillas

Nombre y Apellidos					
DNI		Fecha de nacimiento		Edad	
Domicilio					
Cod. postal		Localidad		Provincia	
Email		Tlf. fijo		Tlf. Móvil	
Persona de contacto		Parentesco		Teléfono	
Seguro médico	☐ Adjunto la tarjeta sanitaria europea ☐ Solicito Seguro médico de la Hospitalidad ☐ Adjunto la tarjeta del seguro privado				

CUESTIONARIO DE SALUD

1. ENFERMEDAD PRINCIPAL O DISCAPACIDAD:		
2. OTRAS ENFERMEDADES:		
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
3. TRATAMIENTO:		
MEDICAMENTOS	VIA	PAUTA Y DOSIS
Tratamientos adicionales de rescate (si dolor, si agitación, si hipertensión, si convulsiones, etc...)		

4. CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE PRECISA:
5. ALERGIAS A MEDICAMENTOS U OTRAS SUSTANCIAS:
6. DIETA: ¿Tiene alguna intolerancia, alergia o restricción? ☐ Normal ☐ Diabético ☐ Puré ☐ Picada ☐ Sin Gluten ☐ Sin Lactosa ☐ Otra:.....
7. OXIGENO: ☐ No ☐ Sí, Tiempo y modo de administración: ☐ CPAP
8. MOVILIDAD: ☐ Independiente ☐ Silla manual ☐ Silla mecanizada ☐ Silla anclada (bus) ☐ Silla mecanizada anclada (bus) ☐ Movilidad reducida – necesita ayuda para desplazarse ☐ Otra:.....

ESCALA DE VALORACION (Índice de Barthel modificado):

Comer:	☐ Totalmente independiente	☐ Necesita ayuda	☐ Dependiente
Lavarse:	☐ Totalmente independiente	☐ Necesita ayuda	☐ Dependiente
Vestirse:	☐ Totalmente independiente	☐ Necesita ayuda	☐ Dependiente
Usar el Wc:	☐ Totalmente independiente	☐ Necesita ayuda	☐ Dependiente
Usa pañales:	☐ Si	☐ No	En caso afirmativo, ¿talla?
Sonda Urinaria:	☐ Si	☐ No	En caso afirmativo, ¿número?
¿Tiene escaras?	☐ Si	☐ No	En caso afirmativo, ¿número?
Administración de medicación:	☐ Totalmente independiente		☐ Dependiente

COMENTARIO MEDICO:		
FIRMA Y SELLO:	Nombre del médico:	
	N.º de colegiado:	
	Fecha:	

DECLARO bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en la presente ficha.

Nombre de la persona que va a peregrinar, y firma del/la interesado/a mayor de 16 años, o su tutor/a legal:



.....

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

COMENTARIO MEDICO DE LA HOSPITALIDAD:		
FIRMA Y SELLO:	Nombre del médico:	
	Nº de colegiado:	
	Fecha:	

TRATAMIENTO DE DATOS

Información Básica sobre Protección de Datos

1. Responsable del Tratamiento El responsable es la Hospitalidad de Nuestra Señora de Lourdes, con domicilio en Madrid, calle Fortuny, 21 (28010) y correo electrónico de contacto info@hospitalidadlourdesmadrid.com.

2. Finalidad y Conservación Tratamos la información que nos facilita para organizar los recursos humanos y materiales necesarios para su cuidado. Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad asistencial y, en todo caso, durante el plazo mínimo de cinco años desde la finalización de la peregrinación, de conformidad con la normativa sobre documentación clínica mencionada en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La conservación y custodia de los datos recogidos se ajustará a las previsiones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3. Legitimación La base jurídica es su consentimiento explícito. Al tratarse de categorías especiales de datos (salud), el tratamiento es lícito según el Artículo 9.2.a) del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Usted tiene derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo.

4. Destinatarios y Secreto Profesional Sólo podrá acceder a sus datos el personal médico y de enfermería de la Hospitalidad, sujeto al deber de confidencialidad y secreto profesional regulado en el Art. 5 de la LOPDGDD.

5. Derechos Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión ("derecho al olvido"), limitación, portabilidad y oposición mediante escrito dirigido al Responsable. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa (Artículo 12 de la LOPDGDD).

Por favor, marque una de las siguientes casillas para aceptar o no el tratamiento de sus datos SI ☐ No ☐

Nombre de la persona que va a peregrinar, y firma del/la interesado/a mayor de 16 años, o de su tutor/a legal:



CESION DE DERECHOS DE IMAGEN

El Otorgante autoriza de forma expresa, libre y voluntaria a la Hospitalidad de Lourdes de Madrid (en adelante, el "Cesionario") para la captación de su imagen (entendida como voz, nombre y fisonomía, ya sea en formato fotográfico, vídeo o cualquier otro procedimiento técnico de reproducción de la figura humana), con ocasión de las peregrinaciones u otros actos de la Hospitalidad en que participe el Otorgante.

La autorización faculta al Cesionario para la reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de las imágenes captadas en cualquier medio, soporte o canal de difusión conocido en la actualidad o que pudiera desarrollarse en el futuro. Esto incluye, a título enunciativo y no limitativo:

- Redes sociales (Instagram, Facebook, LinkedIn, X, TikTok, YouTube, etc.).
- Páginas web, blogs y plataformas digitales propias o de terceros.
- Soportes físicos (folletos, cartelería, prensa escrita, vallas publicitarias).
- Medios audiovisuales (televisión, cine, plataformas de streaming).
- Documentación interna y memorias corporativas.

La autorización se extiende a la utilización de la imagen para finalidades informativas, promocionales, publicitarias, comerciales o de cualquier otra naturaleza lícita vinculada a la actividad del Cesionario.

La cesión de los derechos de imagen se otorga con carácter **indefinido** y para un ámbito geográfico **mundial**, dada la naturaleza global de los medios de difusión digitales. La autorización permanecerá vigente mientras el Otorgante no ejerza su derecho de revocación.

El Otorgante manifiesta que la presente cesión se realiza con carácter gratuito, renunciando a cualquier contraprestación económica o remuneración derivada de la explotación de las imágenes objeto de esta autorización.

Se aplican a la cesión los términos de la política de protección de datos incluidos en el presente documento

Por favor, marque una de las siguientes casillas para consentir o rechazar la cesión de derechos de imagen

SI ACEPTO ☐

NO ACEPTO ☐

Nombre de la persona que va a peregrinar, y firma del/la interesado/a mayor de 16 años, o de su tutor/a legal:



En Madrid, adede 20.....