

HOSPITALIDAD DIOCESANA NUESTRA SEÑORA DE LOURDES DE JAÉN



FICHA MÉDICA CONFIDENCIAL

FOTO

Nombre y Apellidos

DNI / NIF

Domicilio

Código Postal

Localidad

Provincia

E-mail

Teléfono fijo

Móvil

Facebook Si o No

Fecha de Nacimiento

Lugar

Persona de Contacto

Parentesco

Teléfono

Realiza la Peregrinación como:

*Enfermo

*Voluntario

*Peregrino

Lleva acompañante Si No

En caso afirmativo: * Nombre y apellidos

ANAMNESIS:

*ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Y/O ALIMENTARIAS

*ENFERMEDAD PRINCIPAL

*OTRAS ENFERMEDADES

*TRATAMIENTOS

MEDICAMENTO

VIA

DOSIS Y PAUTA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

*DIETA

NORMAL

DIABÉTICA

SIN SAL

DIABÉTICO Y SIN SAL TRITURADA

OTRA

*OXIGENO

NO

SI, TIEMPO Y MODO DE ADMINISTRACIÓN

*CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE PRECISA

*MOVILIDAD:

INDEPENDIENTE

SILLA DE RUEDAS ANCLADA

TUMBADO-CAMILLA

MR PRECISA SILLA DESPLAZARSE

MR PRECISA AYUDA TÉCNICA DESPLAZARSE (MULETAS, ANDADOR)

MR UNA PERSONA PARA DESPLAZARSE

ESCALA DE VALORACIÓN.- (Índice de Barthel Modificado)

Comer:	Independiente	Necesita ayuda cortar/comer	Dependiente
Beber:	Independiente	Necesita cuchara para beber	Necesita Pajita
Lavarse:	Independiente	Necesita ayuda para lavarse	Dependiente
Vestirse:	Independiente	Necesita ayuda para vestirse	Dependiente
Usar el WC:	Independiente	Necesita ayuda, se limpia solo	Dependiente
Deposiciones:	Continencia Normal	Alguna incontinencia	Incontinencia
Micción:	Continencia Normal	Alguna incontinencia	Incontinencia
Usa Pañales:	SI NO	En caso afirmativo ¿talla?	
Portador sonda Urinaria:	SI NO	En caso afirmativo ¿número?	
Escaras:	SI NO	En caso afirmativo ¿Dónde y con qué las cura?	
Trasladarse:	Independiente	Mínima ayuda o supervisión	Dependiente
Escalones:	Independiente	Necesita ayuda física	Dependiente
Uso Silla:	Sin ayuda para usar silla	Ayuda en trayectos largos	Dependiente

COMENTARIO DEL MÉDICO DE LA HOSPITALIDAD O MÉDICO DE FAMILIA

Nombre y firma del Médico

Linares, a de

de 20

Esta ficha es totalmente confidencial y únicamente será usada por el equipo sanitario de la peregrinación en caso de necesidad de atención médica.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos, le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros de la Hospitalidad Diocesana de Nuestra Señora de Lourdes de Jaén, con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle toda la información acerca de nuestras actividades por correo ordinario, electrónico, SMS, u otro medio de comunicación electrónica equivalente, ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación, y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito, a la Hospitalidad Diocesana de Nuestra Señora de Lourdes de Jaén, acompañado de una fotocopia del DNI.

Si no desea ser informado de nuestras actividades, marque esta casilla.

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en la presente ficha médica.

Firma del interesado