

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

Sello de entrada de Mutua Universal

1. DATOS DEL/LA SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
N.º Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el/la menor:		
<input type="checkbox"/> Progenitor/a	<input type="checkbox"/> Acogedor/a preadoptivo/a / permanente	<input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Tutor/a

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

Apellidos y nombre		Número de colegiado/a
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/LA PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte	Localidad
Diagnóstico		
Fecha ingreso hospitalario	Hospital	
Desde	Hasta	
Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente		
A		
1. Terapias intravenosas y subcutáneas		
<input type="checkbox"/> Antibioterapia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Transfusiones
<input type="checkbox"/> Analgesia	<input type="checkbox"/> Otros	
2. Terapias nutricionales / digestivas		
<input type="checkbox"/> 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		
3. Terapias respiratorias		
<input type="checkbox"/> Traqueostomía	<input type="checkbox"/> Ventilación mecánica invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilación mecánica no invasiva diurna <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica 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		

4. Cuidados quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Cura quirúrgica <input type="checkbox"/> Cura compleja <input type="checkbox"/> Cuidados ostomías
5. Terapias urológicas / nefrológicas
<input type="checkbox"/> Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/> Cistostomía permanente <input type="checkbox"/> Ureterostomía <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal
6. Monitorización
<input type="checkbox"/> Neumocardiograma
B
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el/la menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:
<input type="checkbox"/> a) Inmunosupresión importante <input type="checkbox"/> b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad <input type="checkbox"/> c) Epilepsia de difícil control <input type="checkbox"/> d) Otros: (Especificar detalladamente) _____
C
¿Dadas sus condiciones el/la paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene un centro asignado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Apellidos y nombre		Número de colegiado/a
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad

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

Desde	Hasta

Firmado

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma y sello

"De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se tratarán con la siguiente finalidad:
 • Gestión de la prestación por Cuidado de Menores: Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.
 Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social.
 Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona.
 Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es"