

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

1.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

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

2.- DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y nombre	Nº 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
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte	Localidad
Diagnóstico		
Fecha de ingreso hospitalario	Hospital	
Desde:	Hasta:	

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO DIRECTO CONTINUO Y PERMANENTE

A			
1. Terapias intravenosas y subcutáneas			
Antibióterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
	Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
2. 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"/>			

Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte
3. Terapias respiratorias		
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 <input type="checkbox"/>
4. Cuidados quirúrgicos		
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>
5. Terapias urológicas / nefrológicas		
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>
Hemodiálisis <input type="checkbox"/>	Díalisis peritoneal <input type="checkbox"/>	
6. 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:		
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)		<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un centro asignado?		
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
D		
En el momento actual, ¿se encuentra en situación basal?		
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?		
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte
--------------------	-------------------

4.- CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

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

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

Desde:	Hasta:
	Firmado
	En a de de 20
	Firma y sello

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. N° 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. N°11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

Declaración Médica - ANEXO II Orden TMS/ 103/2019 de 6 de febrero publicada en el BOE 08 02 2019.