

BARTHEL MODIFICADO

COMER	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA <input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
LAVARSE	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA <input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
VESTIRSE	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA <input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
USAR EL WC	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA <input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
PAÑALES?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	MODELO <input type="text"/> TALLA <input type="text"/>
P. SONDA VESICAL?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	MODELO <input type="text"/>
P. COLOSTOMIA/UROSTOMIA?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	MODELO <input type="text"/>
PRESENTA ESCARAS?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	DONDE? <input type="text"/>

1	<input type="text"/>	GRADO	<input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	CURAS	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	GRADO	<input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	CURAS	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	GRADO	<input type="text"/> I <input type="text"/> II <input type="text"/> III <input type="text"/> IV	CURAS	<input type="text"/>

ADJUNTA FICHA TRATAMIENTO MEDICO SESCOAM**COMENTARIO MEDICO**

SEÑORA PRESIDENTA DE LA HOSPITALIDAD DIOCESANA DE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES ALBACETE

El suscrito@ desea ser admitido como Enfermo@ por esta Hospitalidad en la Peregrinación a Lourdes que está organizando desde el

El suscrito@ y D.Ñña. _____ D.N.I. _____ - _ en su calidad de: **Padre, madre, esposo/a, tutor, conviviente, etc...** _____

Eximen de toda responsabilidad a la Junta y miembros de la Hospitalidad Diocesana de Nuestra Señora de Lourdes Albacete por todo accidente, sea de la clase que fuere, que pudiera sobrevenir al solicitante durante el desarrollo de la Peregrinación y sus preparativos, desde que salga del punto de partida de la citada Peregrinación hasta finalizada la misma. Ambos autorizan al equipo médico de la Hospitalidad para tomar las decisiones oportunas en lo que se refiere a tratamiento, evacuación del enfermo o su ingreso en el Centro Hospitalario más adecuado, en caso de urgencia médica o quirúrgica. Asimismo autorizan y dan su plena conformidad a la Junta de la Hospitalidad para que, en caso de defunción en Lourdes o durante el viaje, actúen con toda libertad, trasladando al difunto o procediendo a su inhumación donde consideren apropiado.

A los efectos de lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, todo participante en esta peregrinación delega por el acto de su inscripción, su representación para la contratación del viaje de la Hospitalidad Diocesana de Nuestra Señora de Lourdes Albacete a través de su mandatario verbal y acepta los términos de dicho contrato.

Información básica sobre Protección de datos

Responsable: HOSPITALIDAD DIOCESANA DE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES ALBACETE; Finalidad: Gestión del historial clínico del peregrino; Legitimación: Consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Agencias de Viajes, Organismos de la Seguridad Social; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a info@hospitalidadlourdesalbacete.org o C/ FRANCISCANOS, 3; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: en la web <https://hospitalidadlourdesalbacete.org>

Firma del Enfermo@/ Representante Legal Albacete, a.....de.....de 20.....

REVISIÓN MÉDICO DE LA HOSPITALIDAD

Comentario

Nombre del Médico de la Hospitalidad:

Firma FECHA