Fraternidad Muprespa

CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Sello de entrada en la Mutua

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

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____

Nº. Seguridad Social _____ DNI-NIE-Pasaporte _____ Teléfono _____

Relación con el menor:

- ○ PROGENITOR
- ○ ACOGEDOR PREADOPTIVO / PERMANENTE
- ○ ADOPTANTE
- ○ TUTOR

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

Apellidos y nombre _____ Nº colegiado _____

Especialidad / Cargo _____ Hospital / Centro sanitario _____ Localidad _____

- ○ Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud
- ○ Entidad sanitaria privada

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ DNI-NIE-Pasaporte _____ Localidad _____

Diagnóstico _____

Fecha ingreso hospitalario

Desde _____ Hasta _____

Hospital _____

Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente

A 1. Terapias intravenosas y subcutáneas

- ☐ Antibioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Fluidoterapia
- ☐ Transfusiones
- ☐ Analgesia
- ☐ Otros **(especificar)**

_____

2. Terapias nutricionales / digestivas

- ☐ Nutrición enteral diurna
- ☐ Nutrición enteral nocturna
- ☐ Nutrición parenteral diurna
- ☐ Nutrición parenteral nocturna
- ☐ Sonda nasogástrica
- ☐ Gastrostomía
- ☐ Yeyunostomía
- ☐ Ileostomía
- ☐ Colostomía

Antes de proceder a la entrega del presente certificado debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta.

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - fraternidad.com

Ref. FED-0093

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - fraternidad.com

Ref. FED-0093

3. Terapias respiratorias

- ☐ Traqueostomía
- ☐ Ventilación mecánica invasiva
- ☐ Ventilación mecánica no invasiva diurna
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Aspiración de secreciones
- ☐ Movilización mucociliar chalecos
- ☐ Asistente de la tos
- ☐ Marcapasos diafragmático
- ☐ Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna

4. Cuidados quirúrgicos

- ☐ Cura quirúrgica
- ☐ Cura compleja
- ☐ Cuidados ostomías

5. Terapias urológicas / nefrológicas

- ☐ Ureterostomía
- ☐ Diálisis peritoneal
- ☐ Cistostomía permanente
- ☐ Hemodiálisis
- ☐ Sondaje vesical intermitente

6. Monitorización

- ☐ Neumocardiograma

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
- ☐ b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- ☐ c) Epilepsia de dificil control
- ☐ d) Otros: **(Especificar)**

C ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?

- ○ NO, no acude a ningún centro educativo ni de cuidados especiales
- ○ SÍ, acude a: ☐ Centro educativo ☐ Centro especial

Nombre del centro _____

Teléfono de contacto _____ Persona de contacto _____

¿Cuenta el centro con personal sanitario? ○ SÍ ○ NO

¿Tiene un centro asignado? ○ SÍ **(Especificar)** ○ NO

_____

D

¿En el momento actual se encuentra en situación basal? ○ SÍ ○ NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? ○ SÍ **(Especificar)** ○ NO

_____

Antes de proceder a la entrega del presente certificado debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta.

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - fraternidad.com

4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Apellidos y nombre

Número 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 _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE AL FACULTATIVO

El presente documento es requisito para el reconocimiento o prolongación de una prestación económica de Seguridad Social.

Se informa al facultativo firmante que, de conformidad al art. 52.2 TRLGSS, *quienes por acción u omisión hayan contribuido a hacer posible la percepción indebida de una prestación responderán subsidiariamente con los perceptores de la obligación de reintegrar, salvo buena fe comprobada.*

Firma y sello

Firmado

En: _____ ,

a _____ de _____ de 20 __

Ref. FED-0093

Antes de proceder a la entrega del presente certificado debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta.

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - fraternidad.com

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable de tratamiento:

Fraternidad-Muprespa, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 275
Cualquier duda y/o aclaración se pueden dirigir al delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa a la dirección de correo electrónico dpd@fraternidad.com.

Finalidad:

Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Gestionar las actividades preventivas de la Seguridad Social.

Gestionar las prestaciones especiales y sociales derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

En el caso de datos de menores:

Colaborar con la acción protectora de la Seguridad Social en la asistencia sanitaria y gestionarla administrativamente.

Atender en general a las urgencias que se produzcan.

Legitimación:

Tratamiento necesario para el cumplimiento de obligaciones legales impuestas al responsable.

Destinatarios:

Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal.

Derechos:

Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y como se explica en la información adicional.

Información adicional:

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestro portal web fraternidad.com/aviso-legal.

Usted se compromete a informar a aquella persona (si es mayor de 14 años) cuyos datos personales ha suministrado en la cumplimentación del presente formulario sobre el tratamiento que la Mutua realizará de sus datos.