



Foto
(sirve de
móvil)

Ficha Médica

Campamento diabetes

SARVISE 2019

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

DNI:

Nº Seguridad Social:

DATOS GENERALES DE SALUD

Alergias a medicamentos:

Otras alergias:

Alergias alimenticias:

Intolerancias alimenticias:

¿Vacunación completa? SI NO

Otras enfermedades y pautas de medicación: (farmacos y horario)

¿Realiza ejercicio físico? SI NO

¿Cuál?:

¿Cuántas horas semanales?

DATOS DIABETES

Hospital donde se controla:

Dr./Dra.:

Fecha del Debut:

Último valor HbA1C y fecha:

Sabe inyectarse solo/a la insulina?

SI NO

Sabe contar raciones?

SI NO

Se hace solo/a las glucemias capilares?

SI NO

Lugares de inyección de insulina:

¿Ha tenido Cetoacidosis con ingreso hospitalario en el último año?

SI NO

¿Qué motivó la descompensación?

HIPOGLUCEMIAS

¿Cuántas presenta a la semana?

¿Cómo las manifiesta?

¿El niño/a reconoce sus síntomas? SI NO

¿Qué alimentos dais en caso de Hipo?

TRATAMIENTO CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Unidades I. rápida/ratio					
Unidades I. basal					
Raciones					

Factor de sensibilidad:

Tipo Insulina Rápida

Tipo Insulina Lenta

TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA

Lleva bomba insulina?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Marca y modelo:
---	-----------------

Incidencias con catéteres:

Pauta basal de insulina (bombas)

Hora																				
Uds.																				

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Bolus					
Ratios					
Factor Sensibilidad					
Raciones					

Observaciones:

USO MEDIDOR CONTINUO (SENSOR) – CALCULADOR DE BOLO

Usa sensor de medición continua? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Freestyle Libre <input type="checkbox"/> Dexcom <input type="checkbox"/> Medtronic Enlite	Usa calculador de bolo (Expert Accucheck) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

CONTACTO

Si tenéis alguna duda o comentario que hacemos podéis escribir a:
diabetespediatria@salud.aragon.es

LEY PROTECCIÓN DATOS

Doña. _____ en calidad de madre/tutora y, D. _____ en calidad de padre/tutor manifiestan que no ocultan datos referentes al menor que pudiesen afectar su normal participación en el campamento, así como la veracidad de los datos consignados en este impreso.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*.- *Responsable* ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA. *Finalidad* Gestionar y tramitar su solicitud de preinscripción en los campamentos de la ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA. Envíos de información (medios postales y electrónicos o medios análogos) sobre eventos, actividades y servicios de la ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA. *Legitimación* Consentimiento del interesado o su representante legal. *Destinatarios* Los datos personales que usted ha facilitado tienen como destinatario a ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA. No se prevén cesiones de datos, ni transferencia internacional de sus datos personales. *Derechos* Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, contactando con ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA C/ Sancho y Gil 8, 1ª planta, Zaragoza, 50001, asociacion@adezaragoza.org *Información Adicional* Puede consultar la *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS* en: www.adezaragoza.org/index.php/informacion-adicional-rgpd

El/la interesado/a o su representante legal reconoce la recepción de esta información procedente de ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA.

El/la interesado/a o su representante legal AUTORIZO/A NO AUTORIZO/A el tratamiento de datos recogidos en la "FICHA MÉDICA CAMPAMENTOS DIABETES" (alergias, intolerancias alimentarias, enfermedades, medicación, etc.), por parte de la ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA, con el fin de prestarle el mejor servicio posible. La negativa a autorizar dicho tratamiento puede suponer la imposibilidad de prestar el servicio por usted demandado, o deficiencias en el mismo del que la ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA no se hace responsable.

El/la interesado/a o su representante legal AUTORIZO/A NO AUTORIZO/A el tratamiento de mis datos de contacto para envío de información acerca de actividades, eventos y servicios ofertados por ASOCIACIÓN DE DIABETICOS DE ZARAGOZA (incluido cualquier medio electrónico o análogo).

Firma de la madre/tutora	Firma del padre/tutor
--------------------------	-----------------------