



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AYUDA A NIÑOS CON TRASPLANTE MULTIVISCERAL y AFECTADOS DE FALLO INTESTINAL Y NUTRICIÓN PARENTERAL

Entidad sin ánimo de lucro inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones en el Grupo 1/ Sección 1/ Nº Nacional 586889

FICHA DE PACIENTE NIÑO

Espacio a rellenar por NUPA

Nº PACIENTE		Fecha alta		Fecha baja	
-------------	--	------------	--	------------	--

DATOS DEL NIÑO AFECTADO:

NOMBRE Y APELLIDOS:		F. de nacimiento:	
DIAGNOSTICO:			
SITUACION ACTUAL:	Nutrición enteral <input type="checkbox"/> Desde Nutrición parenteral <input type="checkbox"/> Desde		
	Trasplante realizado <input type="checkbox"/> Tipo de Trasplante Fecha..... Otras circunstancias.....		
HOSPITAL DONDE ESTA ATENDIDO			
OTRO TIPO DE ENFERMEDAD RARA SIN ASOCIACION DE REFERENCIA			

DATOS DEL CUIDADOR 1: (Datos de la madre, el padre, tutor legal, o afectado adulto en nombre propio)

NOMBRE Y APELLIDOS:		En calidad de:	
DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> pasaporte <input type="checkbox"/>		Nacionalidad:	
Dirección Postal:			
Código Postal:	Localidad:	Provincia:	
Dirección Electrónica:			
Teléfono Fijo:	Teléfono móvil:	Otro teléfono:	

DATOS DEL CUIDADOR 2 (opcional):

NOMBRE Y APELLIDOS:		En calidad de:	
DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> pasaporte <input type="checkbox"/>		Nacionalidad:	
Dirección Postal:			
Código Postal:	Localidad:	Provincia:	
Dirección Electrónica:			
Teléfono Fijo:	Teléfono móvil:	Otro teléfono:	

Por el presente documento SOLICITO ser admitido/a como SOCIO DE NÚMERO de NUPA, para lo cual firmo la presente solicitud en: a de de 20.....

Firma:	Firma:
Nombre Cuidador 1:	Nombre Cuidador 2:

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: RESPONSABLE: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AYUDA A NIÑOS CON TRASPLANTE MULTIVISCERAL Y AFECTADOS DE FALLO INTESTINAL Y NUTRICIÓN PARENTERAL NUPA (G84689850) CALLE SINESIO DELGADO Nº 5, PLANTA BAJA, 3 28029 Madrid (MADRID), comunicacion@somosnupa.org. **FINALIDAD:** Gestión del alta como usuario y tratamiento de datos de salud para la tramitación de casos atendidos, cumplir con las funciones y fines descritos en los Estatutos y, remitirle comunicaciones informativas y comerciales relacionadas con la asociación, inclusive por medios electrónicos. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del acuerdo de afiliación, consentimiento del interesado al tratamiento de datos de salud e interés legítimo en remitirle informaciones comerciales de interés para nuestro ámbito. **CESIONES:** Organismos públicos y/o privados necesarios para nuestros fines y para la concesión y control de ayudas o subvenciones y, otras legalmente previstas. **CONSERVACION:** Durante alta en la entidad o la tramitación del caso por parte de la entidad y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos por ley para atender eventuales responsabilidades. **DERECHOS:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición dirigiéndose a los datos del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).
 NO DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL
 AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD.
 AUTORIZO LA CESIÓN DE MIS DATOS A ORGANISMOS PÚBLICOS Y/O PRIVADOS ENCARGADOS DE LA CONCESIÓN DE AYUDAS O SUBVENCIONES Y ÚNICAMENTE PARA LLEVAR UN CONTROL DE LAS MISMAS.

La firma de este documento NO supone ningún compromiso por parte del socio a realizar ningún tipo de aportación económica a NUPA. Las aportaciones del socio son voluntarias y se recogen en un documento independiente.