



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 USUARIO de NUPA, para lo que 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 PEDRO RICO Nº 27, PLANTA BAJA, 28029 Madrid (MADRID), comunicacion@somosnupa.org. **FINALIDAD:** Cualquier uso en el interés legítimo del usuario, como gestión del alta como usuario y tratamiento de datos de salud para 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. **CONSERVACIÓN:** 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).

Política de privacidad: <http://somosnupa.org/terminos-y-condiciones/>

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.