



HOSPITALIDAD VALENCIANA DE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES

D. N. I. _____ - ____

AÑO _____

Primer Apellido _____

EXP. Nº _____

Segundo Apellido _____

Nombre _____

HOTEL

DELEGACIÓN _____



Fecha de nacimiento _____

Sexo MUJER HOMBRE

Profesión _____

e-mail _____

Teléfono (____) _____

Móvil (____) _____

Domicilio _____ C. Postal _____ País _____

Localidad _____ Provincia _____

Seg. Privado _____ N.S.Social ____/____/____ T.Sanitaria (SIP) _____ T.Eur E-111 (cad) _____

Teléfonos de contacto en España en caso de urgencia Apellidos y nombre _____ Núm. (____) _____

Viaja acompañado de Apellidos y nombre _____ D.N.I. _____ Móvil (____) _____

Apellidos y nombre _____ D.N.I. _____ Móvil (____) _____

TRANSPORTE		SENTADO <input type="checkbox"/>	CAMILLA <input type="checkbox"/>
AVIÓN <input type="checkbox"/>	Nº _____	ASIENTO _____	
TREN <input type="checkbox"/>	Nº _____	ASIENTO ES _____	ASIENTO FR _____
AUTOCAR <input type="checkbox"/>	Nº _____	ASIENTO _____	
ALOJAMIENTO	SALA/HOTEL _____	HABITACIÓN _____	

Peso ____ Kg. Altura ____ cm.

COMER Independiente Necesita ayuda cortar Necesita ayuda comer Dependiente

VESTIRSE Totalmente independiente Necesita ayuda para vestirse Dependiente

TRASLADARSE Totalmente independiente Mínima ayuda física o supervisión Dependiente

DEAMBULAR Totalmente independiente Necesita ayuda para caminar 50 m. Dependiente

ESCALONES Independiente subir / bajar Necesita ayuda física Dependiente

USO SILLA Sin ayuda Ayuda en trayectos largos Dependiente

Llevará su silla al viaje SI NO VISIÓN Normal Deficiencia visual Ceguera

Puede expresarse SI NO AUDICIÓN Normal Deficiencia auditiva Sordera Total

Médico

Presidente

SEÑOR PRESIDENTE DE LA HOSPITALIDAD VALENCIANA DE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES

El suscrito/a desea ser admitido como peregrino/a hospitalizado por esta Hospitalidad en la Peregrinación a Lourdes que está organizando para el mes de _____ de _____

El suscrito/a y D.Ñña. _____ en su calidad de _____ D.N.I. _____

(Padre, madre, esposo/a, tutor, conviviente, etc...)

eximen de toda responsabilidad a la Junta y miembros de la Hospitalidad Valenciana de Nuestra Señora de Lourdes 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 la Ley 21/1995, de 6 de julio, reguladora de los Viajes Combinados, todo participante en esta peregrinación delega por el acto de su inscripción, su representación para la contratación del viaje de la Hospitalidad Valenciana de Nuestra Señora de Lourdes a través de su mandatario verbal y acepta los términos de dicho contrato.

Información básica sobre Protección de datos

Responsable: HOSPITALIDAD VALENCIANA DE NTRA. SRA. DE LOURDES; 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@addecuo.es o C/ NATURALISTA RAFAEL CISTERNAS, 4 D 302; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: en la web http://lourdesvalencia.es.

_____ de _____ de _____

Firma del otorgante del consentimiento

Firma del peregrino

x

x

Fecha de entrega del expediente _____

MOD EE2 2022



HOSPITALIDAD VALENCIANA DE NUESTRA SEÑORA DE LOURDES

INFORME MÉDICO

DIAGNÓSTICOS

PRINCIP. _____

OTROS _____

ALERGIAS

NO SI

Especificar _____

CONVULSIONES

NO SI

OXÍGENO

NO SI

Pauta _____

DIÁLISIS

NO SI

ANTICOAGULANTES

NO SI

Especificar _____

INSULINA

NO SI

Especificar:

Tipo _____

Unidades _____

DIETA

NO SI

Diabética

Hepática

Sin fibra

Asódica

Combinar si es necesario

Picada

Pasada (puré)

Especificar _____

INTOLERANCIA ALIM.

NO SI

Especificar _____

GRUPO SANGUÍNEO _____

FACTOR R H _____

TRATAMIENTO

MEDICACIÓN

VÍA

DOSIS Y PAUTA

ACTUAL

MEDICACIÓN	VÍA	DOSIS Y PAUTA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CURAS

NO SI

Tipo _____

TRAQUEOSTOMÍA

NO SI

CONTROL T. A.

NO SI

Periodicidad _____

GASTROSTOMÍA

NO SI

SONDAJE URINARIO

NO SI

Tipo _____

Número _____

PAÑALES

NO SI

Tipo _____

Talla _____

OBSERVACIONES

_____, de _____ de _____

Firma médico

x

Dr.D. / Dra. Dña. _____

Colegiado/a _____

Localidad _____

INCIDENCIAS PEREGRINACIÓN

