

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

“Modelo publicado en la Orden TMS/103/2019, de 6 de febrero, por la que se modifica el anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave y se aprueba el modelo de declaración médica sobre la necesidad de cuidado continuo del menor.”

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
N.º Seguridad Social		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono
Relación con el menor				
PROGENITOR <input type="checkbox"/>		ACOGEDOR PREADOPTIVO/PERMANENTE <input type="checkbox"/>		ADOPTANTE <input type="checkbox"/>
				TUTOR <input type="checkbox"/>
				OTROS <input type="checkbox"/>
2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR				
Apellidos y nombre			Número de colegiado	
Especialidad/Cargo		Hospital/Centro		Localidad
Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/>				Entidad sanitaria privada <input type="checkbox"/>
3. DATOS DEL PACIENTE MENOR				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Fecha de nacimiento		DNI-NIE-Pasaporte		Localidad
Diagnóstico				
Fecha ingreso hospitalario		Hospital		
Desde		Hasta		
Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente				
A				
1. Terapias intravenosas y subcutáneas				
Antibióterapia <input type="checkbox"/>		Quimioterapia <input type="checkbox"/>		Fluidoterapia <input type="checkbox"/>
		Analgésia <input type="checkbox"/>		Transfusiones <input type="checkbox"/>
				Otros <input type="checkbox"/>
2. Terapias nutricionales / digestivas				
Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/>		Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/>		Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/>
				Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>		Gastrostomía <input type="checkbox"/>		Yeyunostomía <input type="checkbox"/>
				Ileostomía <input type="checkbox"/>
Colostomía <input type="checkbox"/>				
3. Terapias respiratorias				
Traqueostomía <input type="checkbox"/>		Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/>		Ventilación mecánica no Invasiva diurna <input type="checkbox"/>
				Ventilación mecánica no Invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/>		Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>		Asistente de la tos <input type="checkbox"/>
				Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>				
4. Cuidados quirúrgicos				
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>		Cura compleja <input type="checkbox"/>		Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>
5. Terapias urológicas / nefrológicas				
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>		Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>		Ureterostomía <input type="checkbox"/>
				Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
				Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>
6. Monitorización				
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>				

B			
<p>A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:</p> <p>a) Inmunosupresión importante <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad <input type="checkbox"/></p> <p>c) Epilepsia de difícil control <input type="checkbox"/></p> <p>d) Otros: (Especificar detalladamente: adjuntar informes complementarios) <input type="checkbox"/></p>			
C			
<p>¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Tiene un centro asignado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			
D			
<p>¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			
4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD			
Apellidos y nombre		Número de 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	
	Firmado		
	En	a	de 20
	Firma y sello		

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.