

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"/>	
2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR			
Apellidos y nombre		Número de colegiado	
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	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			
Antibióterrapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
	Analgesia <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			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:			
a) Inmunosupresión importante		<input type="checkbox"/>	
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad		<input type="checkbox"/>	
c) Epilepsia de difícil control		<input type="checkbox"/>	
d) Otros: (Especificar detalladamente)		<input type="checkbox"/>	
C			
¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?			
	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un centro asignado?	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?			
	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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 de 20
	Firma y sello	

Información sobre protección de datos personales

- **Responsable:** **umivale** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dgd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale** en su condición de Mutua Colaboradora con la SS.
- **Destinatarios:** Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Seguridad Social y Organismos dependientes. Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales.
- **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. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros, remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dgd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.