
ENCUESTA DE SALUD

PERSONAL DELEGACION ESPAÑOLA

JJPP RIO 2016

DATOS DE FILIACION

Nombre completo:..... Fecha nacimiento: .../ .../ Edad:...
Tfno de contacto:..... Correo electrónico:.....
Cargo/función DELEGACION:.....
Trabajo habitual:.....

Antecedentes Personales

ALERGIAS: S/N. En caso afirmativo especificar:.....

.....
.....
.....

ENFERMEDADES (DIABETES/COLESTEROL/HIPERTENSIÓN/AC.ÚRICO-GOTA/TIROIDES)

.....
.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:.....

.....

MEDICACION HABITUAL:.....

.....
.....

HÁBITOS:

Fumador-S/N. Desde cuando y cuantos cigarrillos al día.....

USUARIO DE PRÓTESIS: S / N. En caso afirmativo especificar:.....

USUARIO DE SILLA: S / N. En caso afirmativo especificar:.....

VACUNACIONES:

Especificar el si o el no de estar correctamente vacunado, en el cuadro de mas abajo marcando con X.

VACUNACIONES

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NO SE / ULTIMA DOSIS</u>
<u>FIEBRE AMARILLA</u>			
<u>TETANOS</u>			
<u>TRIPLE VIRICA</u> <u>RUBEOLA/SARAMPION/PAPERAS</u>			
<u>VIRUS HEPATITIS A</u>			
<u>VIRUS HEPATITIS B</u>			
<u>FIEBRE TIFOIDEA</u>			
<u>DIFTERIA</u>			
<u>ALERGIAS Y/O EF 2 VACUNAS</u>			
<u>EMBARAZO</u>			

FIRMA CONSENTIMIENTO

Yo,....., mayor de edad, con DNI....., DECLARO QUE LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTE FORMULARIO SON VERACES ASÍ COMO QUE HE SIDO INFORMADO POR EL DOCTOR DE QUE SOLO VAN A SER USADOS COMO INFORMACION MEDICA DE INTERES PARA EL NORMAL DESARROLLO DEL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO QUE ACUDE A LOS JJPP RIO 2016, A MODO PREVENTIVO Y TERAPÉUTICO, SI FUERA NECESARIO, CON EL OBJETO DE PODER PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA VIGILANCIA DE MI SALUD.

POR TODO ELLO, Y CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGANICA 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, AUTORIZO EXPRESAMENTE AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE SALUD POR EL COMITÉ PARALIMPICO ESPAÑOL, ASÍ COMO LA CESIÓN DE LOS MISMOS A LOS ORGANOS COMPETENTES, COMITÉ PARALIMPICO INTERNACIONAL, CON LA FINALIDAD DE OBTENER LA ATENCIÓN MEDICA NECESARIA DURANTE LA PARTICIPACION DE LO JJPP RIO 2016. UNA VEZ FINALIZADOS LOS JJPP RIO 2016, SUS DATOS SERÁN DESTRUIDOS APLICANDO LAS MEDIDAS TECNICAS ESTABLECIDAS EN EL RD 1720/2007.

POR LO QUE FIRMO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE DATOS REFERENTES A MI SALUD.

En, a de de 201..

Firma: D.

DNI:.....

PARA MENORES DE EDAD

Yo,....., mayor de edad, con DNI....., DECLARO COMO TUTOR LEGAL DE D..... QUE LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTE FORMULARIO SON VERACES Y PERTENECIENTES A MI TUTELADO ASÍ COMO QUE HE SIDO INFORMADO POR EL DOCTOR DE QUE SOLO VAN A SER USADOS COMO INFORMACION MEDICA DE INTERES PARA EL NORMAL DESARROLLO DEL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO QUE ACUDE A LOS JJPP RIO 2016, A MODO PREVENTIVO Y TERAPÉUTICO, SI FUERA NECESARIO, CON EL OBJETO DE PODER PREPARAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA VIGILANCIA DE SU SALUD.

POR TODO ELLO FIRMO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE DATOS REFERENTES A LA SALUD DEL TUTELADO.

En, a de de 201..

Firma: PADRE/TUTOR LEGAL:.....

DNI:.....

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su normativa de desarrollo RD 1720/2007, Le informamos que los datos facilitados por usted serán incorporados para su tratamiento, en los ficheros de COMITÉ PARALIMPICO ESPAÑOL, con la finalidad de participar en los JJPP RIO 2016. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación ante el Responsable del fichero, COMITÉ PARALIMPICO ESPAÑOL, Avenida Martin Fierro s/n. MADRID