



FULL D'INSCRIPCIÓ

Pelegrinatge de _____

Delegació _____

FOTOGRAFIA

OBLIGATÒRIA

(1er any)

Malalt / Persones amb Discapacitat

A omplir per l'Hospitalitat:

Planta i Sector _____ Habitació _____ Autocar _____ Num. Inscripció _____

Nom _____ Cognoms _____

Home Dona DNI/Passaport _____

Data Naixement ____/____/____ Edat _____

Núm. Targeta Sanitària Europea _____ Venciment ____/____/____

Adreça _____

Edifici _____ Escala _____ Núm. _____ Pis _____ Porta _____

Població _____ Codi Postal _____

Telèfons: Mòbil _____ Particular _____

E-Mail _____

Com prefereixes rebre informació de l'HOSPITALITAT?

Per e-mail Per correu ordinari Per telèfon

Parròquia a la que pertany _____ Bisbat _____

En cas d'urgència contactar amb _____ (nom del familiar o persona responsable)

al telèfon _____

Voldríeu participar en altres activitats organitzades per l'HOSPITALITAT SI NO

Voldríeu rebre la visita d'algun dels membres del nostre equip de visitadors SI NO

Manifesto el meu consentiment perquè l'HOSPITALITAT tracti tota la informació facilitada i la que elabori posteriorment, en les condicions previstes d'acord amb l'article 5 de la LOPD i l'article 13 del Reglament Europeu de Protecció de Dades, i d'acord amb lo exposat en el document adjunt, que signo i rubrico.

COBERTURA EN CAS D'ACCIDENT O MALALTIA:

L'HOSPITALITAT s'eximeix de tota responsabilitat per qualsevol accident que pogués patir la persona sol·licitant durant el viatge o l'estada a Lourdes. Durant tot el viatge, la persona sol·licitant queda emparada per l'assegurança de viatges del transportista, i durant l'estada a Lourdes, per l'autoassegurança de l'HOSPITALITAT.

DOCUMENTACIÓ: És imprescindible portar l'original del DNI vigent. Els menors de 18 anys que no viatgen acompanyats dels seus pares o tutors hauran de dur també una autorització. **ÉS OBLIGATORI PORTAR LA TARGETA SANITÀRIA EUROPEA EN VIGOR.**



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

DIETES ESPECIALS (A COMPLIMENTAR PER TOTHOM)

NORMAL TOBA TRITURADA DIABÈTICA SENSE SAL ALTRES
AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA SI NO INDICAR QUINES _____

TRANSPORT (A COMPLIMENTAR PER TOTHOM)

VIATJEU EN: AUTOCAR COTXE PARTICULAR

VIATJEU EN CADIRA DE RODES: SI NO

TIPUS DE CADIRA: MANUAL NORMAL MANUAL ADAPTADA ELÈCTRICA MOTO

EN CAS D'UTILITZAR CADIRA DE RODES MANUAL, PODEU VIATJAR ASSEGUT EN BUTACA: SI NO

VIATGEU ACOMPANYAT/ADA? SI NO NOM ACOMPANYANT _____

INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA (Marqueu amb una X la casella que correspongui)

ÉS LA PRIMERA VEGADA QUE US INSCRIVIU?

FA MÉS DE 3 PELEGRINATGES QUE NO VENÍEU?

FA MÉS DE 50 ANYS QUE FORMEU PART DE L'HOSPITALITAT?

AUTORITZACIÓ PER PERSONES MENORS DE 18 ANYS I/O PERSONES TUTELADES.

En/na _____

Amb DNI _____ en la seva condició de (Pare/Mare/Tutor(a)) del menor o persona tutelada _____

Autoritza la seva participació a les activitats organitzades per l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES, especialment al pelegrinatge a Lourdes (França) els dies _____ tant mateix autoritza als organitzadors i al seu equip sanitari a prendre les decisions que cregui oportunes en cas de malaltia o accident.

Signatura obligatòria de l'interessat(da) o del tutor(a),
(En el cas de menors signaran el pare o la mare)



Complimentar obligatòriament el qüestionari de salut confidencial →

HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

Qüestionari de Salut Confidencial – Pelegrinatge _____

A omplir per l'Hospitalitat:

Planta i Sector _____ Habitació _____ Autocar _____ Núm. Inscripció _____

Nom _____ Cognoms _____

Pes _____ Kg. Alçada _____ cms. Edat _____

Núm. Targeta Sanitària Europea _____ Venciment ____/____/____

At/Metge de capçalera: Per tal que l'equip sanitari pugui tenir cura de les persones que acompanyem al Santuari de la Mare de Déu de Lourdes, agraiem que ens complimenteu el següent qüestionari que serà tractat amb tota confidencialitat i només estarà a disposició del Servei Sanitari del Pelegrinatge.

DIAGNÒSTICS PRINCIPALS:

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

ALTRES DIAGNÒSTICS:

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

AL·LÈRGIES:

A MEDICAMENTS: A quins: _____

ALIMENTÀRIES: Quines: _____

ALTRES AL·LÈRGIES: Especificar: _____

PROCESSOS I MALALTIES ACTUALS: (Marqueu el que correspongui):

1. CARDIOLOGIA:

- Hipertensió Insuficiència cardíaca Cardiopatia Arítmies

Altres processos cardiològics _____

Veure el dors →

HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

2. RESPIRATORI:

- Asma Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica CPAP
- Oxigenoteràpia Pauta _____

En cas d'oxigenoteràpia **és** necessari portar tots els aparells i connexions per fer el tractament així com la medicació. En cas de dubte consulteu a l'equip sanitari abans de marxar.

3. NEUROLÒGIC:

- Ictus - Epilèpsia - Paràlisi - Demència

Altres processos neurològics: _____

4. DIGESTIU: Ulcus - Hepatopatia

5. LOCOMOTOR - Artritis / Artrosi - Miopatia

- Altres _____

6. NEFRO / UROLOGIA - Insuficiència renal

- Altres _____

7. ENDOCRI

- Hipo /Hipertiroïdisme
- Diabetis - Tipus de Diabetis _____
- **Insulinodependent** (Especificar pauta d'insulina i si precisa control Glucòmetre diari) _____

8. PSIQUIATRIA

- Psicosi - Depressió - Angoixa
- Altres malalties psiquiàtriques _____

9. PELL

Especificar tipus de malaltia _____

Si patiu alguna Nafra per pressió, indicar localització, tipus de cura i material per fer la cura.

10. MALALTIES INFECCIOSES

Especificar tipus de malaltia _____

11. PROCESSOS NEOFORMATIUS (càncer).

Especificar tipus, estadi, evolució _____



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

* Voleu que l'equip sanitari administri la medicació durant el pelegrinatge? SI NO

- En cas afirmatiu el personal sanitari recollirà la medicació als autocars durant el viatge i l'administrarà durant els dies de pelegrinatge, retornant la medicació sobrant a cada persona durant el viatge de tornada.

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En / na _____

amb D.N.I. /Passaport núm: _____ en nom propi o en la seva condició de pare, mare o tutor(a) legal

d'en/na _____ participant a les sortides i/o pelegrinatges que organitza l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES de BARCELONA, dono el meu consentiment al personal sanitari i/o responsable de l'activitat per administrar la medicació que es detalla a la pauta mèdica que s'adjunta, així com amb la freqüència i dosificació que es detalla.

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Signatura de l'interessat/da o del tutor/a

(En el cas de menors signarà el pare o la mare)

COMPLIMENTAR QUAN SIGUI OPORTÚ AMB L'INSCRIPCIÓ DEL MES DE SETEMBRE

En/na _____ major d'edat i

amb D.N.I. /Passaport núm. _____ en nom propi o en la meva condició de pare/mare/tutor(a) d'en/na _____

MANIFESTO QUE:

- L'INFORME MÈDIC i
- LA PAUTA DE MEDICACIÓ

Segueix essent la mateixa i no ha tingut cap variació respecte a la documentació entregada pel darrer pelegrinatge del mes de juny a Lourdes.

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Signatura del interessat/da o tutor/a

(En el cas de menors signarà el pare o la mare)



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

LOPD – LLEI ORGÀNICA DE TRACTAMENT I PROTECCIÓ DE DADES - CONSENTIMENT¹

En/Na _____ amb D.N.I/Passaport núm. _____
en el seu propi nom i/o com a representant legal del menor o de la persona amb discapacitat _____

CONSENT I AUTORITZA que l'HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES DE LES DIÒCESIS DE BARCELONA, SANT FELIU DE LLOBREGAT I TERRASSA, amb domicili a Barcelona, carrer Consell de Cent, 224 en lo successiu l'HOSPITALITAT, tracti tota la informació facilitada i la que elabori posteriorment en les condicions que consten en el present document

D'acord amb el que preveuen els articles 5 de la LOPD i el 13 del Reglament Europeu de Protecció de Dades, el sotasignat queda informat de que: L'HOSPITALITAT és la responsable del tractament de les dades personals. El delegat de Protecció de Dades és el president de l'entitat, o persona especialment nomenada a l'efecte, i ratificada per l'assemblea general de l'HOSPITALITAT.

Les dades que ens proporcioneu i les que es tractin mentre mantingueu relació amb l'HOSPITALITAT es faran servir per prestar els serveis que ens demaneu i per a mantenir-vos informats de les activitats que organitzem, tant per mitjans electrònics, com per altres. Per a millorar el funcionament intern, també es poden utilitzar les dades per fer estadístiques. Excepcionalment podran ser cedides als organismes rectors dependents del Santuari de la Mare de Déu de Lourdes, a Lourdes (França).

Les dades que ens proporcioneu restaran actives fins a la seva cancel·lació formal.

Les imatges i el so de les persones participants en alguna de les activitats organitzades per l'HOSPITALITAT poden ser enregistrades amb la finalitat de ser publicades als espais de difusió pública d'informació que fa servir l'HOSPITALITAT – web, blogs, xarxes socials, revista, butlletí de l'entitat i altres publicacions -. És possible que es puguin publicar imatges, so, treballs o dades de persones amb finalitats relacionades amb l'activitat exclusiva de l'HOSPITALITAT.

Als locals de l'HOSPITALITAT es poden instal·lar càmeres de seguretat, aquestes imatges només podran ser cedides a la policia o als òrgans judicials adients quan s'hagi comès una infracció i en cas de delicte.

La informació de les persones que tinguin alguna necessitat específica, minusvalideses, condicions especials en l'àmbit de l'origen, religió o d'altres, es tractarà amb els procediments previstos pel tractament de la informació de nivell alt de seguretat. Els destinataris de la vostra informació són: el personal propi de l'HOSPITALITAT degudament autoritzat pel President, les persones o entitats amb les que hi hagi relació jurídica, per complir les obligacions adquirides, i les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències. En cas de que ens cedi dades de terceres persones, els hi heu de comunicar tota la informació que consta en aquest document.

¹ Cal omplir aquest full obligatòriament l'any de la vostra primera inscripció, i en el successiu en el cas de que s'hagi produït alguna modificació en les dades de filiació bàsiques (Adreça, telèfon, adreça electrònica etc...) També caldrà signar-lo en el cas de que no hagueu peregrinat en els darrers cinc anys.

Excepcionalment caldrà que ho signi tothom l'any 2019 per respectar la seva entrada en vigor.



HOSPITALITAT DE LA MARE DE DÉU DE LOURDES

En tot cas podeu exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut per la llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre per la via del procediment que regula el R.D.1720/2007 de 21 de desembre.

El responsable de la Base de Dades és l'Hospitalitat de la Mare de Déu de Lourdes. Per exercir els drets esmentats i per a qualsevol aclariment, us podeu dirigir per escrit a l'adreça de Barcelona al President de l'Hospitalitat, mitjançant l'adreça hlpd@hospitalitat.org o trucant al telèfon 934 87 40 09

L'organisme competent per conèixer dels conflictes derivats de la signatura d'aquest document es l'Autoritat Espanyola de Protecció de Dades ubicada a Madrid (28001) c/Jorge Juan número 6.

AMB LA SIGNATURA D'AQUEST DOCUMENT MANIFESTEU QUE HEU REBUT L'ANTERIOR INFORMACIÓ, L'HEU ENTESA I DONEU LA VOSTRA CONFORMITAT AMB EL TRACTAMENT QUE US PROPOSEM, SENSE PERJUDICI DE QUE TENIU DRET A REVOCAR EL CONSENTIMENT QUE ATORGUEU, TOTAL O PARCIALMENT, QUAN HO CONSIDEREU OPORTÚ MITJANÇANT UN ESCRIT DIRIGIT AL SR. PRESIDENT DE L'HOSPITALITAT.

Em dono per assabentat/da a _____ el dia ____ de _____ de 20____

Signatura obligatòria del interessat/da o del tutor/a
(en el cas dels menors signarà el pare o la mare).

