IX JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) del 27 de abril al 01 de mayo(a.i.) de 2019

CERTIFICADO MÉDICO

Es totalmente imprescindible para poder participar en los Juegos, adjuntar este certificado médico actualizado y debidamente cumplimentado con firma y sello del responsable médico de su Unidad de Trasplante.

Datos Médicos

RELATIVOS AL TRASPLANTADO Y A LA UNIDAD DE TRASPLANTE						
Apellidos:					Nombre:	
Edad:						
Riñón	Hígado	Corazón	Intestino	Páncreas	Médula (no autotrasplante)	Pulmón
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Unidad de Trasplante:					Fecha de Trasplante:	
Altura:					Peso:	
Virus Hepatitis: A ☐ B ☐ C ☐					VEB ☐	VIH ☐
Visión:					Alergias:	
Nombre del Hospital:						
Responsable médico de la Unidad de Trasplante..... :						
MEDICACIÓN: (Inmunosupresores, Hipotensores, etc. y frecuencia de dosis):						

Los datos personales facilitados en el presente documento NO serán incorporados a ningún fichero de datos de la Asociación Deporte y Trasplante España, y serán destinados exclusivamente a verificar que se cumplen las condiciones médicas para participar en los IX Juegos Nacionales de Trasplantados. Este documento será destruido una vez se den por finalizados los Juegos mencionados.

No obstante, en caso de imperiosa necesidad, su tratamiento se realizará de acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Asociación Deporte y Trasplante España en el correo electrónico nacionales@deporteytrasplanteespana.com

IX JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) del 27 de abril al 01 de mayo(a.i.) de 2019

Autorizo a: _____
a participar en los IX JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS, y certifico que no existe ninguna causa física ni psíquica específica que le impida participar.

Asimismo certifico que los datos médicos están actualizados sobre el último control del paciente, realizado con fecha _____, en su unidad de trasplante.

Nombre del Médico

Fecha

Firma de Médico

Sello del Hospital