

# FICHA MÉDICA NSC

MI CAPÍTULO:.....

## DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad:..... DNI:.....

Teléfono emergencias:..... Domicilio: .....

Cobertura médica:..... Número de afiliado: .....

Institución de derivación:..... Grupo sanguíneo:.....

## HISTORIA CLÍNICA

¿Padece alguna enfermedad crónica? (En caso de padecerla, márquela o indique cuál si no está en la lista)

- Diabetes                       Epilepsia                       Hipertiroidismo                       Celiaquía                       Otros (especifique):  
 Hipertensión                       Asma                       Hipotiroidismo                       Alergia al gluten .....

¿Toma alguna medicación habitualmente? ¿Cuál? Indique dosis y frecuencia. **(Recuerde que debe llevar su medicación)**

.....

¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Cuál? Si alguna vez fue internado por una alergia, indique cuándo.

.....

¿Fue sometido a alguna cirugía? Indique cuándo y cuál.

.....

¿Tuvo alguna internación reciente? Indique cuándo y por qué.

.....

¿Tiene colocada la vacuna antitetánica?

- Sí                       No                       Fecha de últ. dosis: .....

¿Hay algún dato que considere relevante para el seguimiento de su salud durante la peregrinación? (Cualquier información adicional puede ser adosada a esta ficha médica)

.....

## ESPACIO A SER COMPLETADO POR EL PEREGRINO O PADRE/MADRE/RESPONSABLE

Por medio del presente presto mi consentimiento para que el grupo NUESTRA SEÑORA DE LA CRISTIANDAD ("NSC") pueda tratar ciertos datos personales de mi titularidad, en el marco de la Peregrinación Anual a Luján que se desarrollará durante los días 13, 14 y 15 de agosto de 2022 (la "Peregrinación") en los siguientes términos:

1. Autorizo a NSC a almacenar y procesar mis datos personales suministrados en el presente documento mientras dure la Peregrinación. Tomo conocimiento de que los datos suministrados en este documento se utilizarán únicamente en caso que sean necesarios durante la Peregrinación.
2. Declaro conocer que tengo derecho a modificar, corregir, actualizar o solicitar que se suprima cualquiera de los datos que tengan sobre mi persona salvo que, por motivos legales o contractuales, deban mantenerlos. Tengo conocimiento de que para ejercer cualquiera de esos derechos, tendré que demostrar que soy el titular de los datos y comunicarme con el Programa a la siguiente casilla de mail [ns.cristiandad@gmail.com](mailto:ns.cristiandad@gmail.com)
3. Declaro tener conocimiento de que todos los datos personales e información que le proporcione a NSC, deben ser veraces, completos, exactos, actualizados, comprobables y comprensibles.
- 4- Tomo nota de que la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Declaro que los datos consignados en esta ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo me comprometo a informar a la organización sobre cualquier modificación en mi historia clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI / Pasaporte