

**1. DATOS DO SOLICITANTE DA PRESTACIÓN**

\*Primeiro apelido

Segundo apelido

Nome

\*N.º Seguridade Social

DNI-\*NIE-Pasaporte

Teléfono

Relación co menor

PROXENITOR ☐ACOLLEDOR PREADOPTIVO/PERMANENTE ☐ADOPTANTE ☐TITOR ☐**2. DATOS DO MÉDICO RESPONSABLE DA ASISTENCIA SANITARIA DO PACIENTE MENOR**

Apelidos e nome

Número de colexiado

Especialidade/Cargo

Hospital/Centro sanitario

Localidade

Servizo Público de Saúde ou entidade sanitaria concertada co Servizo Público de Saúde ☐Entidade sanitaria privada ☐**3. DATOS DO PACIENTE MENOR**

Primeiro apelido

Segundo apelido

Nome

Data de nacemento

DNI-NIE-Pasaporte

Localidade

Diagnóstico

Data do ingreso hospitalario

Desde

Ata

Hospital

**Avaliación de necesidades de coidado directo continuo e permanente****A****1. Terapias intravenosas e subcutáneas**Antibioterapia ☐Quimioterapia ☐Fluidoterapia ☐Transfusións ☐Analxesia ☐Outros ☐**2. Terapias nutricionais/dixestivas**

Nutrición:

enteral diúrna ☐enteral nocturna ☐parenteral diúrna ☐parenteral nocturna ☐Sonda nasogástrica ☐Gastrostomía ☐Xexunostomía ☐Ileostomía ☐Colostomía ☐**3. Terapias respiratorias**Traqueostomía ☐Ventilación mecánica invasiva ☐Ventilación mecánica non invasiva diúrna ☐Ventilación mecánica non invasiva exclusiva nocturna ☐Aspiración de secrecións ☐Osixenoterapia ☐Asistente da tose ☐Marcapasos diafragmático ☐Mobilización mucociliar chalecos ☐

**4. Coidados cirúrxicos**Cura cirúrxica ☐ Cura complexa ☐ Coidados ostomías ☐**5. Terapias urolóxicas/\*nefrolóxica**Sondaxe vesical intermitente ☐ Cistostomía permanente ☐ Ureterostomía ☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal ☐**6. Supervisión**Neumocardiograma ☐**B**

Malia non presentar os requirimentos previos, considérase que o menor require de coidados específicos polas seguintes razóns:

- ☐ a) Inmunosupresión importante ☐ b) Coidados paliativos en calquera paciente en fase terminal da súa enfermidade
- ☐ c) Epilepsia de difícil control ☐ d) Outros: (Especificación detalladamente)

**C**

Dadas as súas condicións, o paciente pode acudir a un centro educativo ou a un centro terapéutico especializado nos seus coidados durante o día?

SI ☐ NON ☐

Ten un centro asignado?

SI ☐ NON ☐**D**

No momento actual atópase en situación basal?

SI ☐ NON ☐

Se contesta "NON", a súa situación actual implica un aumento dos seus coidados ou de necesidade de vixilancia e/ou supervisión?

SI ☐ NON ☐**4. CERTIFICADO MÉDICO DO SERVIZO PÚBLICO DE SAÚDE**

Apelidos e nome

Número de colexiado

Especialidade/Cargo

Hospital/Centro sanitario

Localidade

**5. PERÍODO ESTIMADO DA DURACIÓN DA NECESIDADE DE COIDADO DIRECTO, CONTINUO E PERMANENTE POR PARTE DO PROXENITOR/ACOLLEDOR/ADOPTANTE/TITOR**\*Desde  Ata 

Firmado

\*En  a  de  de 20 

Sinatura e selo

De conformidade co establecido na normativa vixente en materia de protección de datos de carácter persoal, Asepeyo, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social, número 151, con NIF G-08215824 e enderezo en Vía Augusta n.º 36, 08006 Barcelona, infórmao de que os datos que facilite se tratarán por parte de Asepeyo sobre a base legal (artigos 80 e 82 do Real Decreto Lexislativo 8/2015) de interese público no cumprimento das funcións como mutualidade que colabora coa Seguridade Social e, en concreto, para xestionar a súa solicitude de prestación, efectuar comunicacións e notificacións ao respecto e, de ser o caso, realizar o pagamento da prestación que se solicita.

Da mesma forma, informámolo de que poderá recibir notificacións e avisos do estado da súa prestación por SMS, que se enviarán ao seu número de teléfono móbil. Os seus datos conservaranse durante o prazo mínimo de conservación que establece a lexislación vixente e, en todo caso, ata a finalización do último prazo de prescrición das accións penais e civís, así como das sancións administrativas aplicables, sen prexuízo do seu debido bloqueio. Nos supostos legalmente previstos, os seus datos poderanse comunicar aos organismos públicos competentes en materia de control, xestión e/ou supervisión da prestación:

- Tendo en conta o carácter retributivo da prestación, para os efectos da declaración do IRPF Asepeyo, debe informar deste importe á Axencia Tributaria.
- Ao INSS, para a xestión das prestacións, de acordo co legalmente previsto.

De forma adicional, informámolo de que, de ser necesario para a xestión do seu expediente, poderán ter acceso aos seus datos terceiros que presten servizos a Asepeyo, como peritos médicos, peritos técnicos, investigadores privados, avogados, procuradores, provedores informáticos e provedores de custodia, destrución e dixitalización de documentación. Os seus datos só se tratarán por estes provedores para prestar o servizo que se contratou.

Con carácter xeral, informámolo de que pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e/ou portabilidade por calquera dos medios autorizados que teñan por obxecto acreditar e garantir a súa identidade:

(I) Mediante solicitude telemática a través de Asepeyo Oficina Virtual (previo rexistro).

(II) Ao presentar unha solicitude asinada dixitalmente mediante un certificado electrónico emitido por unha entidade acreditada por correo electrónico ao Servizo de Atención ao Usuario (asepeyo@asepeyo.es).

(III) De forma presencial, en calquera dos nosos centros de asistencia.

Tamén pode enviar ao DPD de Asepeyo (dpd@asepeyo.es) calquera consulta, suxestión e/ou reclamación sobre o tratamento dos seus datos de carácter persoal. En todo caso, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos (AEPD), autoridade competente en materia de protección de datos, mediante a súa sede electrónica ou por escrito dirixido á sede deste organismo.