

Código:

Fecha información: _____ Persona informada: _____

Profesional: _____ Servicio que demanda: _____

¿Cómo nos conoció?

Médico Redes Sociales boca a boca Otros: _____

1- DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____ D.N.I.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____ F. nacimiento: _____

Estado civil: _____ Vive con: _____

Nivel de estudios: _____ Profesión: _____

¿Minusvalía reconocida?: _____ % Año: _____ Ley dependencia (grado) _____ Año: _____

Seguro Privado (indique cual): _____ ¿Beneficiario ISFAS?: SI NO

Centro de Salud al que pertenece: _____

Médico de cabecera: _____

Neurólogo: _____

¿Tiene poder de representación? SI NO

Otros datos de interés: _____

2- DATOS DE FAMILIARES Y CUIDADORES

Datos de todos los familiares o amistades, aunque no vivan con el paciente. Y del cuidador principal si lo hay.

Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____

D.N.I.: _____ Domicilio: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Socio adherido SI NO

Teléfono: _____ email: _____

Recibir email periódico SI NO Pertener a grupo de WhatsApp SI NO

Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____

D.N.I.: _____ Domicilio: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Socio adherido SI NO

Teléfono: _____ email: _____

Recibir email periódico SI NO Pertener a grupo de WhatsApp SI NO

Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____

D.N.I.: _____ Domicilio: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Socio adherido SI NO

Teléfono: _____ email: _____

Recibir email periódico SI NO Pertener a grupo de WhatsApp SI NO

Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____

D.N.I.: _____ Domicilio: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Socio adherido SI NO

Teléfono: _____ email: _____

Recibir email periódico SI NO Pertener a grupo de WhatsApp SI NO

***usar la parte de atrás para más información.**

3- ESTADO DEL PACIENTE

1er Síntoma detectado: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____ Año: _____

Otras enfermedades (osteoporosis, fracturas, diabetes, hipertensión, asma, etc):

Estado conductual del paciente (depresión, agresividad, desinhibición, irritabilidad, etc):

Medicación que toma y para qué es cada medicamento:

Nombre	Frecuencia	Cantidad	Sirve para...

Movilidad (anda, silla de ruedas, cojea): _____

Utiliza algún tipo de ayuda técnica (cama articulada, grúa, etc.): _____

Evolución (carácter anterior, situación familiar, progreso con la enfermedad):

Motivaciones del usuario (hobbies, campo, deporte, etc):

***usar la parte de atrás para más información.**

4- DOMICILIACION BANCARIA

Cuota de socio Benefactor de AFA Levante (25€ Trimestre mínimo). En el caso de que tenga servicio, deberá abonar de socio un mínimo de un año. **La cuota de socio se desgrava en la declaración de la Renta.**

Participo en la cuota de socio (25€/trimestre mínimo con servicio): _____ €.

Titular _____ DNI _____ Banco/Caja _____

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C	NUMERO DE CUENTA

El Titular desea Certificado de donación SI NO

Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____

5- AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

- SI NO Interesado en:
- Colaboración personal en alguna necesidad de la entidad
 - Recibir ayuda de voluntarios. ¿En qué actividades desea recibir ayuda? _____
 - Ayuda como voluntariado para otras familias
 - Colaborar y/o participar en eventos, actividades o gestión organizativa de AFA Levante
 - Interesado/a en cursos
 - Publicación en distintos medios de imágenes para fines divulgativos y promocionales
 - Colaboración en programas de investigación
 - Publicación de datos epidemiológicos (datos sociales, enfermedad) -no se publicarán datos personales-
 - Se compromete a facilitar información médica de manera actualizada y periódica
 - Interesado/a en cursos
 - Acepta cumplir la normativas y recomendaciones de los profesionales
 - Declara informar de las patologías y problemáticas para su seguimiento

6- CONSENTIMIENTO INFORMADO – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS¹

Responsable: **AFA LEVANTE** C.I.F.: **G30704258**

Dirección y datos de contacto: Alameda de San Antón, 29, (entrada por C/Carlos V) 30205, Cartagena, Murcia.

Telf.: 968 126 081 email: info@afalevante.org

Existe la posibilidad de grabación de imágenes para la seguridad del personal, instalaciones y buen servicio y funcionamiento de la entidad.

EL ASOCIADO

D./Dña DNI:

Representante de D./Dña DNI.....

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de carácter Personal, así como del RGPD 2016/679 del Parlamento Europeo, PRESTA SU CONSENTIMIENTO INEQUÍVOCO y EXPRESO para que **AFA LEVANTE** incorpore la información por usted facilitada a un fichero de datos de carácter personal denominado ASOCIADOS. La finalidad de dicho fichero será exclusivamente para llevar a cabo las oportunas gestiones de nuestra asociación AFA Levante Los datos proporcionados se conservarán mientras permanezca su relación con nosotros, y no se cederán a terceros no autorizados salvo en los casos en que exista una obligación legal o necesario para el servicio o funcionamiento de la entidad. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en nuestra entidad estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios. Igualmente puede ponerse en contacto con las Autoridades de Control.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS El usuario queda informado de su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, limitación y portabilidad a sus datos mediante comunicación escrita o por email a Alameda San Antón, 29 entrada lateral c/Carlos V, 3 30205 Cartagena – info@afalevante.org. El responsable de los datos es AFA Levante

Firma:

Fecha:

CESIONES DE DATOS²

Asimismo, solicitamos su consentimiento para comunicar dichos datos de carácter personal a las entidades que se enumeran a continuación, con la finalidad de que las mismas puedan contactar con usted.

La empresa _____ domiciliada en _____ y dedicada a _____ marque esta casilla () si no autoriza la cesión de sus datos.

Firma:

Fecha:

- 1 En el supuesto de que AFA LEVANTE pueda acceder de algún modo a datos personales responsabilidad del asociado para poder prestarle nuestros servicios, se deberá además suscribir con el asociado el contrato de tratamiento por cuenta de terceros que se indica en el presente documento (actuando nuestra entidad en calidad de Encargado del tratamiento).
- 2 Este párrafo y siguientes únicamente serán necesarios cuando efectivamente se vayan a llevar a cabo cesiones de datos.

CLAUSULA INFORMATIVA VIDEOVIGILANCIA

Art. 3, apartado B. Instrucción 1/2006, de 8 de noviembre, de la Agencia Española de Protección de Datos, sobre el tratamiento de datos personales con fines de vigilancia a través de sistemas de cámaras o videocámaras.

De conformidad con lo dispuesto en el art. 22 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, se informa:

Responsable: **AFA LEVANTE CIF G-30704258**

Dirección: Alameda San Antón 29 30205 Cartagena

Teléfono: 968126081 Correo electrónico: info@afalevante.org

Finalidad	Tratamiento de Imágenes a través de sistemas de cámaras ó videocámaras con la finalidad de preservar la seguridad de las personas y bienes, así como de las instalaciones.
Base Jurídica de Legitimación	RGPD artículo 6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público.
Destinatarios y cesiones	Con carácter general no se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en nuestra entidad estamos tratando sus datos personales y por tanto tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, limitación y portabilidad a sus datos mediante comunicación escrita ó por email, y de su derecho a reclamar ante las Autoridades de Control.

Fecha:

Nombre y apellidos:

Fdo.:

✂--- Información para el socio

- **Derechos y deberes del socio**

Los socios tienen el *derecho* de conocer los [estatutos](#) y las [actividades, registros y protocolos](#) de la asociación. Derecho de asistir a reuniones con voz y voto. El derecho beneficiarse de las ventajas de ser asociado, además de la satisfacción de colaborar con una asociación sin ánimo de lucro que busca la mejora de la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Los asociados tienen la *obligación* de mantener los datos actualizados. Es importante tener toda la información sociosanitaria y personal del paciente actualizado para una mayor eficacia del tratamiento, así como una mejor calidad en el trato directo con el mismo.

- El socio adherido, tiene voz, pero no voto y sin obligación de ningún abono.

- **Cuota de socio y/o servicios.**

Los pagos se realizarán por domiciliación bancaria normalmente a principio de mes. En el caso de ser devuelto el recibo, sin causa justificada y sin avisar, se tendrá que abonar el importe con la comisión de la devolución bancaria en la oficina.

Le recordamos que la cuota de socio es una colaboración a una entidad sin ánimo de lucro como la nuestra para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con programas, formación, investigación, tratamiento entre otras medidas.

Los cambios de titular de cuenta, números de cuenta y además datos de interés para el correcto trámite de las cuotas son de obligación del usuario de ser actualizados de forma inmediata a dicho cambio.

El abono de la cuota de socio sí se tienen servicio tendrá una obligatoriedad de pago

un año. (Te puedes beneficiar de todas los servicios y ventajas de AFA LEVANTE), por 25 € trimestre se abonará los meses de enero, abril, Julio y octubre, al inicio de darse de alta se abonará la parte proporcional del trimestre. La **cuota de servicio**, serán abonados de forma proporcional al iniciar el tratamiento y en cada mes de forma íntegra una vez iniciado el tratamiento independientemente de su asistencia. En el caso de la baja de los servicios, deberá de ser notificado a la oficina, siendo efectivo al siguiente mes.

