

**DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES
AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

1.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Nº Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el menor/causante		
PROGENITOR ☐	ADOPTANTE ☐	GUARDADOR CON FINES DE ADOPCIÓN ☐
ACOGEDOR PERMANENTE ☐	TUTOR ☐	CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO ☐

2.- DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE

Apellidos y nombre		Nº colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad
☐ Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud		
☐ Entidad sanitaria privada(1)		

3.- DATOS DEL PACIENTE MENOR/CAUSANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte(2)	Localidad
DIAGNÓSTICO		
FECHA INGRESO HOSPITALARIO		
Desde: Hasta:		
HOSPITAL		

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO DIRECTO CONTINUO Y PERMANENTE

A			
1. Terapias intravenosas y subcutáneas			
Antibioterapia ☐	Quimioterapia ☐	Fluidoterapia ☐	Transfusiones ☐
Analgesia ☐	Otros ☐		
2. Terapias nutricionales / digestivas			
Nutrición enteral diurna ☐	Nutrición enteral nocturna ☐	Nutrición parenteral diurna ☐	Nutrición parenteral nocturna ☐
Sonda nasogástrica ☐	Gastrostomía ☐	Yeyunostomía ☐	Ileostomía ☐
Colostomía ☐			
3. Terapias respiratorias			
Traqueostomía ☐	Ventilación mecánica invasiva ☐	Ventilación mecánica no invasiva diurna ☐	Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna ☐
Aspiración de secreciones ☐	Oxigenoterapia ☐	Asistente de la tos ☐	Marcapasos diafragmático ☐
Movilización mucociliar chalecos ☐			

(1): Indicar nombre de la entidad sanitaria.
(2): Para mayores de 14 años.

4. Cuidados quirúrgicos			
Cura quirúrgica ☐	Cura compleja ☐	Cuidados ostomías ☐	
5. Terapias urológicas / nefrológicas			
Sondaje vesical intermitente ☐	Cistostomía permanente ☐	Ureterostomía ☐	Hemodiálisis ☐
Diálisis peritoneal ☐			
6. Monitorización			
Neumocardiograma ☐			
B			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor/causante requiere de cuidados específicos especializados por las siguientes razones:			
a) Inmunosupresión importante	☐		
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad	☐		
c) Epilepsia de difícil control	☐		
d) Otros: (especificar detalladamente)	☐		
C			
¿Dadas sus condiciones, el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? SÍ ☐ NO ☐			
¿Tiene un centro asignado? SÍ ☐ NO ☐			
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal ?		SÍ ☐	NO ☐
En el caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?		SÍ ☐	NO ☐

4.- CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD⁽³⁾

Apellidos y nombre		Nº colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad

5.- PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR/ADOPTANTE/GUARDADOR/ACOGEDOR/TUTOR/ CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO⁽⁴⁾

Desde:	Hasta:		
	FIRMADO:		
	EN	A	DE 20
	FIRMA Y SELLO		

(3): Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.

(4): Tenga en cuenta el progenitor/adoptante/guardador/acogedor/tutor/cónyuge/pareja de hecho que, en caso de que se le reconozca la prestación económica por cuidado de menor afectado de cáncer u otra enfermedad grave, le será reconocida por un periodo de un mes, prorrogable inicialmente por un periodo de dos meses y sucesivos de cuatro meses, de acuerdo con el artículo 7, apartado 1 segundo párrafo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.