

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 <input type="checkbox"/> ADOPTANTE <input type="checkbox"/> GUARDADOR CON FINES DE ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> ACOGEDOR PERMANENTE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>		

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

Apellidos y nombre		Nº colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad
<input type="checkbox"/> Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
2. Terapias nutricionales / digestivas			
Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>
Colostomía <input type="checkbox"/>			
3. Terapias respiratorias			
Traqueostomía <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva diurna <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>	Asistente de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>			

(1): Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2): Para mayores de 14 años.

4. Cuidados quirúrgicos			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
5. Terapias urológicas / nefrológicas			
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
6. Monitorización			
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>			
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			<input type="checkbox"/>
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad			<input type="checkbox"/>
c) Epilepsia de difícil control			<input type="checkbox"/>
d) Otros: (especificar detalladamente)			<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un centro asignado?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal ?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En el caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

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	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.