



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa (CUIT 33-71155160/9) es una organización sin fines de lucro dedicada y formada en la búsqueda y detección temprana de soluciones estratégicas para el abordaje interdisciplinario de personas y familias que ven atravesada su vida cotidiana por la escasez de respuestas, recursos y profesionales especializados dedicados a mejorar la calidad de vida de aquellos que padecen Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

En mi calidad de Paciente ___ Tutor/ Cuidador ___ autorizo a la Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa a registrar mis datos personales y de contacto en sus bases de datos y utilizarlos para convocarme a mí y a mi grupo familiar a las diferentes actividades que realice, encaminadas a cumplir con su objeto social. También doy mi autorización para que a través de la información suministrada, la Fundación genere estrategias con fines de formulación de política pública socio-sanitarias.

Al aceptar este documento autorizo y acepto libre y voluntariamente brindar la información que se detalla a continuación.

Fecha:

Ficha de conocimiento Nro.:505-

DATOS DEL PACIENTE									
Nombre y Apellido									
Fecha Nac.		Estado Civil		DNI/ CI/ Pasap. N°					
Dirección (calle/ nro./ C.P./ localidad)		Provincia			Nacionalidad				
Tel. Fijo		Tel. Celular							
Correo electrónico		Profesión							
Autoriza a difundir su correo electrónico entre los miembros de la fundación?									
Ha residido en el exterior?		Dónde y durante qué período?							
No poseo ninguna cobertura médica.									
Posee Obra Social ó Prepaga?		Especifique cuál?							
Cómo conoció la fundación?		Especifique el medio							
Posee antecedentes familiares de EII?		Parentesco							
Nivel Académico (Marque la/s que corresponda/n)									
Primaria:	Completo		Incompleto		En Curso				
Secundaria:	Completo		Incompleto		En Curso				
Terciario:	Completo		Incompleto		En Curso				
Universitario:	Completo		Incompleto		En Curso				
Título/s obtenido/s									
Actividades Recreativas (Marque la/s que corresponda/n)									
Deporte?		Cuál?		Música		Danza		Teatro	
Otros									
Diagnóstico EII (Maque con una cruz la/s que corresponda/n)									
Enfermedad de Crohn		Colitis Ulcerosa		Colitis Indeterminada					
Diagnosticado/ a por el médico		En el mes y año							
Centro donde se atiende		Localidad							
Médico referente		Especialidad							
Medico clínico/ Pediatra		Centro							
Hematólogo		Centro							
Otras enfermedades asociadas		Médico ref.							
Posee Certificado de Discapacidad según Ley Nacional Nro. 22.431?		En trámite?							
Ha podido hacer valer los derechos que éste otorga?		Dónde lo tramitó?							
Comentarios.									
Recibe alguna ayuda del estado?		Cuál?							



Tratamiento farmacológico de EII (marque los actuales)			
Antiinflamatorios			
Aminosalicilatos (Pentasa®/ 5-ASA®/ Salofalk®/ otros)		Corticoides (DeltisonaB/otros)	
Inmunomoduladores		Azatioprina (Imuran®/ Filaxis®/ otros)	
Terapias Biológicas		Infliximab (Remicade®/ Humira®/ otros)	
Antibióticos		Metronidazol y/o ciprofloxacina (Flagil®/ otros)	
Otros	Protector Gástrico	Hierro	Ácido Fólico
Suplemento Alimenticio			
Posee restricciones alimenticias?			
Especifique			
Tratamientos Complementarios (a raíz del diagnóstico de EII)			
Ha realizado tratamiento psicológico?		Recomendaría a otro paciente iniciarlo?	
Estaría dispuesto a consultar con un profesional?			
Ha realizado otras terapias alternativas? Cuál/es?			
Otra Información			
Que necesidades ha tenido/ tiene a partir del diagnóstico de EII?			
1. Información sobre la patología.			
2. Apoyo/ contención por parte del entorno familiar.			
3. Apoyo/ contención por parte del médico tratante.			
4. Apoyo por parte de las instituciones educativas a la cual concurre.			
5. Apoyo por parte de la empresa donde trabaja.			
6. Apoyo del estado.			
7. Apoyo del Ente de Atención de Salud (obra social/ pre paga).			
8. Accesibilidad económica al tratamiento.			
9. Otros. Especifique.			
Qué expectativas tiene de la Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa?			
Estaría dispuesto a realizar trabajos de voluntariado en la organización?			
Qué tareas de voluntariado cree que podría desempeñar en la organización?			
.			
.			
Sugerencias			
DATOS FAMILIARES - EN PACIENTES PEDIÁTRICOS -			
Nombre y apellido del padre		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono celular		
Correo electrónico			
Autoriza a difundir su correo electrónico entre los miembros de la Fundación?			
Nombre y apellido de la madre		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono celular		
Correo electrónico			
Autoriza a difundir su correo electrónico entre los miembros de la Fundación?			
Cantidad de hijos		El paciente con EII es el hijo (Ej.:2 de 3)	

Los datos personales proporcionados por el paciente o familiar en el caso de pacientes pediátricos formarán parte de una base de datos con su perfil. La persona o el familiar - en casos pediátricos - puede/n modificar y/o actualizarlos en cualquier momento. La información es confidencial y no será compartida con ninguno de los miembros, excepto que tenga expresa autorización de quienes la suscribieron, o cuando haya sido requerido por orden judicial o legal, o para proteger los derechos de propiedad u otros derechos de la fundación.

