

FICHA DE AFECTADO

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

SEXO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____

¿TIENES HIJOS? _____

¿ALGUNO DE ELLOS ESTÁ AFECTADO? _____ ¿CUÁNTOS? _____

DOMICILIO _____

Nº _____ PISO _____ LETRA _____

LOCALIDAD _____

PROVINCIA _____

TELÉFONO _____ TELÉFONO MÓVIL _____

OTRO TELÉFONO DE CONTACTO _____

CÓDIGO POSTAL _____

D.N.I. /N.I.F. _____

GRADO DE MINUSVALÍA _____

Nº DE HERMANOS SIN INCLUIRTE _____

¿HAY ALGUNO AFECTADO SIN INCLUIRTE? _____ ¿CUÁNTOS? _____

¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR AFECTADO? _____ ¿CUÁNTOS? _____

¿QUÉ RELACIÓN FAMILIAR TIENEN CONTIGO? _____

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PADRE _____

APELLIDOS _____

D.N.I. /N.I.F. _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

APELLIDOS _____

D.N.I. /N.I.F. _____

DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

¿ESTUDIAS EN LA ACTUALIDAD? _____

¿QUÉ ESTUDIOS REALIZAS? _____

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO ANTERIORMENTE

Elementales _____

Medios _____

Formación Profesional _____

Diplomado _____

Licenciado _____

Post Grado _____

INDICAR LUGAR

Domicilio _____

A distancia _____

Colegio _____

Instituto _____

Universidad _____

Universidad a distancia _____

¿TRABAJAS? _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO?

Empleado _____

Funcionario _____

Empresario _____

¿Trabajas en tu domicilio? _____

NIVEL DE AUTONOMÍA

¿TIENES CARNET DE CONDUCIR? _____

¿TIENES VEHÍCULO? _____

¿NECESITAS AYUDA PARA LOS DESPLAZAMIENTOS? _____

¿PUEDES USAR LOS TRANSPORTES PÚBLICOS? _____ ¿QUÉ TIPO? _____

Euro Taxi _____

Autobús _____

Metro _____

¿PUEDES ANDAR? _____

¿NECESITAS MATERIAL DE ORTOPEDIA? _____ ¿QUÉ TIPO? _____

¿USAS BASTONES? _____

¿CUÁNTOS? _____

Uno _____

Dos _____

¿UTILIZAS SILLA? _____

Ocasionalmente _____

Habitualmente _____

TIPO _____

¿TIENES NECESIDAD DE USAR PAÑALES? _____

OTRAS OBSERVACIONES _____

DATOS SANITARIOS

¿CUÁNDO TUVISTE LA PRIMERA FRACTURA? _____

Antes del nacimiento _____

Durante el parto _____

Si fue después de nacer, ¿a qué edad? _____

A las _____ horas

A los _____ días

A los _____ semanas

A los _____ meses

A los _____ años

¿HAS RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO? _____

INDICAR EL TIPO

Farmacológico _____

Quirúrgico _____

Rehabilitación _____

Ortopédico _____

ESPECIFICAR, SEGÚN EL TRATAMIENTO SEGUIDO:

Medicamento/s _____

Procedimiento/s quirúrgico/s _____

Ejercicios de rehabilitación realizados _____

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO _____

NOMBRE DEL HOSPITAL _____

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL _____

CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL DOCTOR O DOCTORES _____

SI ESTÁS OPERADO, HOSPITAL EN QUE TE OPERARON _____

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL _____



ASOCIACION HUESOS DE CRISTAL
San Ildefonso, 8 · 28012 Madrid

AHUCE
ASOCIACIÓN NACIONAL
HUESOS DE CRISTAL (O.I.),
ESPAÑA

DATOS PARA LA
DOMICILIACIÓN BANCARIA

El abajo firmante, D./D^a _____
(nombre y dos apellidos)

con NIF _____ que tiene abierta cuenta en las oficinas del
BANCO/CAJA _____,

Sucursal núm. _____ domicilio _____,

Ciudad _____, n° C/C o libreta _____

Autoriza el pago de los recibos emitidos a nombre de la entidad
«ASOCIACIÓN NACIONAL HUESOS DE CRISTAL (O.I.), ESPAÑA»

_____, ____ de _____ de 200__

Atentamente,

Firmado

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA:

(Es muy importante consignar todos los datos)

BANCO	Nº SUC.	D.C.	Nº C/C O LIBRETA