



FOTO

Ficha médica
Convivencia Jóvenes
VILLANOVA 2025

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

DNI:

Nº Seguridad Social:

DATOS GENERALES DE SALUD

Alergias a medicamentos:

Otras alergias:

Alergias alimenticias:

Intolerancias alimenticias:

¿Vacunación completa? ☐ SÍ ☐ NO

Otras enfermedades y pautas de medicación: (fármacos y horario)

¿Realiza ejercicio físico? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál?

¿Cuántas horas semanales?

DATOS DIABETES

Hospital donde se controla:

Dr/Dra.:

Fecha del Debut:

Último valor HbA1C y fecha:

¿Sabe inyectarse solo/a la insulina?

☐ SÍ ☐ NO

¿Sabe contar raciones?

☐ SÍ ☐ NO

¿Se hace solo/a las glucemias capilares?

☐ SÍ ☐ NO

Lugares de inyección de insulina:

¿Ha tenido Cetoacidosis con ingreso hospitalario en el último año?

☐ SÍ ☐ NO

¿Qué motivó la descompensación?

HIPOGLUCEMIAS

¿Cuántas presenta a la semana?

¿Cómo las manifiesta?

¿El niño/a reconoce sus síntomas? ☐ SÍ ☐ NO

¿Qué alimentos dais en caso de Hipo?

TRATAMIENTO CON MULTIPLES DOSIS DE INSULINA

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Unidades I. rapida/ratio					
Unidades I.basal					
Raciones					
Comentarios:					
Factor de sensibilidad:		Tipo Insulina Rápida		Tipo Insulina Lenta	

TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA

[illegible]

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Bolus					
Ratios					
Factor Sensibilidad					
Raciones					

Observaciones:

USO MEDIDOR CONTINUO (SENSOR) – CALCULADOR DE BOLO

¿Usa sensor de medición continua? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Freestyle libre ☐ Dexcom ☐ Medtronic Enlite	Usa calculador de bolo (Expert Accucheck) ☐ SÍ ☐ NO
--	---

CONTACTO

Si tenéis alguna duda o comentario que hacernos podéis escribir a:
diabetespediatria@salud.aragon.es



FOTO

Pre-inscripción Convivencia jóvenes VILLANOVA 2025

DATOS DEL INTERESADO

Nombre y apellidos:			
Nº DNI (Si tiene):		Fecha Nacimiento:	
Domicilio:		Nº:	Piso:
Código Postal:	Ciudad:	Provincia:	

DATOS FAMILIARES

DATOS PADRE/MADRE	DATOS PADRE/MADRE
Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
DNI:	DNI:
Fijo/Móvil:	Fijo/Móvil:
E-mail:	E-mail:
Situación familiar: ☐ Matrimonio ☐ Viudo/a ☐ Separados ☐ Monoparental ☐ Otra: _____	
Custodia legal durante el campamento (en caso de separación): ☐ Compartida ☐ Otorgada a: _____	

DATOS ADICIONALES

Fecha de debut en diabetes:	
¿Pertenece a alguna Asociación de Diabetes? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____	
¿Tiene facilidad de mareo en viajes? ☐ SI ☐ NO	¿Tiene enuresis nocturna? ☐ SI ☐ NO ☐ A VECES
¿Sabe nadar? ☐ SI ☐ NO	¿Alguna otra información relevante?
¿Miedo a las alturas? ☐ SI ☐ NO	
¿Algún otro miedo/fobia?	

LUGAR DE RECOGIDA Y LLEGADA

SALIDA: ☐ Zaragoza ☐ Huesca ☐ Albergue	LLEGADA: ☐ Zaragoza ☐ Huesca ☐ Albergue
---	--

CONTACTO

Si tenéis alguna duda o comentario que hacernos podéis
escribir a: asociacion@diabeteszaragoza.org

PROTECCIÓN DE DATOS

D./Doña. _____ en calidad de madre/padre/tutor/tutora y, D./Doña. _____ en calidad de madre/padre/tutor/tutora manifiestan que no ocultan datos referentes al menor que pudiesen afectar su normal participación en la convivencia, así como la veracidad de los datos consignados en este impreso.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*.- *Responsable* ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. ***Finalidad*** Gestionar y tramitar su solicitud de preinscripción en LA CONVIVENCIA JOVEN EN LA NIEVE de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. Envíos de información (medios postales y electrónicos o medios análogos) sobre eventos, actividades y servicios de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. ***Legitimación*** Consentimiento del interesado o su representante legal. ***Destinatarios*** Los datos personales que usted ha facilitado tienen como destinatario a ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. No se prevén cesiones de datos, ni transferencia internacional de sus datos personales. ***Derechos*** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, contactando con ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA C/Riglos, 6, local izquierda, Zaragoza, 50001, asociacion@diabeteszaragoza.org ***Información Adicional*** Puede consultar la *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS* en Puede consultar la *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS* en: www.infoprotecciondatos.eu/p43892018

El/la interesado/a o su representante legal reconoce la recepción de esta información procedente de ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA.

El/la interesado/a o su representante legal ☐ AUTORIZO/A ☐ NO AUTORIZO/A el tratamiento de datos recogidos en la "FICHA MÉDICA CONVIVENCIA JOVEN DIABETES" (alergias, intolerancias alimentarias, enfermedades, medicación, etc.), por parte de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA, con el fin de prestarle el mejor servicio posible. La negativa a autorizar dicho tratamiento puede suponer la imposibilidad de prestar el servicio por usted demandado, o deficiencias en el mismo del que la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA no se hace responsable.

El/la interesado/a o su representante legal ☐ AUTORIZO/A ☐ NO AUTORIZO/A el tratamiento de mis datos de contacto para envío de información acerca de actividades, eventos y servicios ofertados por ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA (incluido cualquier medio electrónico o análogo).

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

