



INFORME MÉDICO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN LAS COLONIAS DE VERANO ASAFE

Nombre del niño/niña/adolescente:
Fecha de nacimiento:
Hospital de referencia:
Teléfono de contacto del servicio médico de referencia:

DIAGNÓSTICO

Subtipo de drepanocitosis (S/S, S/ β_0 -talasemia...):
Cifra de hemoglobina en situación de estabilidad:
Últimos niveles de hemoglobina F sin transfusión (y fecha):
Otras enfermedades:

DATOS GENERALES

¿Presenta alergias conocidas a medicamentos o de otro tipo? En caso afirmativo, especifíquelas:		
Peso:	Talla:	Fecha peso y talla:
¿Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas? En caso afirmativo, especifíquelas:		



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Medicamento	Vía	Dosis (cantidad y frecuencia)

TRANSFUSIONES

¿Se encuentra el paciente en un programa de recambios eritrocitarios? ☐NO ☐SÍ • ¿Con qué frecuencia se realizan los recambios? • ¿Por qué motivo (prevención primaria o secundaria de accidente cerebrovascular, prevención secundaria de crisis vasooclusivas recurrentes...)?
¿Cuándo se ha realizado la última transfusión?
¿Presenta aloanticuerpos? ☐NO ☐SÍ • ¿De qué tipo?

CRISIS VASOOCLUSIVAS* (*episodio de dolor óseo con atención sanitaria)

¿Cuándo ha presentado la última crisis vasooclusiva?
¿Cuántas crisis vasooclusivas ha presentado en el último año?
¿Tiene alguna recomendación sobre el manejo del dolor específica para este paciente?



OTRAS COMPLICACIONES (marque las que haya presentado)

Complicación	Datos relevantes (fecha última vez, desencadenante, secuelas, tratamiento recibido...)
☐ Ictus clínico ☐ Ictus silente ☐ Enfermedad de moyamoya ☐ Síndrome torácico agudo	
☐ Secuestro esplénico ☐ Secuestro hepático ☐ Asplenia funcional ☐ Osteonecrosis de cadera	
☐ Infección	
☐ Retinopatía	
☐ Priapismo	
☐ Otra (especificar):	

OTROS

Describa si existen otras limitaciones físicas o problemas médicos particulares que puedan limitar la participación del paciente:



Nombre del médico que cumplimenta el informe:
Fecha de cumplimentación:
Firma:

Responsable del tratamiento: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDAD FALCIFORME (ASAFE), C/ Doctor Esquerdo nº 46, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 28007 Madrid (Madrid).

Finalidad: gestionar la participación del menor en las Colonias de Verano ASAFE 2026, garantizando su seguridad y adecuada atención sanitaria durante la actividad, mediante la valoración de información clínica relevante (diagnóstico, medicación, antecedentes, alergias, complicaciones y recomendaciones médicas).

Base jurídica: consentimiento explícito del padre/madre/tutor/a legal para el tratamiento de datos de salud del menor (art. 9.2.a RGPD, en relación con art. 6.1.a RGPD); y, cuando proceda durante el campamento, tratamiento necesario por interés vital del menor (art. 6.1.d RGPD y art. 9.2.c RGPD).

Destinatarios: acceso restringido al equipo médico del campamento y, en su caso, al personal estrictamente necesario para la organización, solo en la medida imprescindible. ASAFE podrá utilizar proveedores que presten servicios de almacenamiento/gestión documental (p. ej., Drive u otros), actuando como encargados del tratamiento con contrato conforme al art. 28 RGPD.

Conservación: el informe se conservará el tiempo estrictamente necesario para la finalidad sanitaria durante el campamento y, posteriormente, bloqueado o conservado únicamente durante los plazos legalmente exigibles por posibles responsabilidades.

Derechos: el tutor/a legal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad, así como retirar el consentimiento en cualquier momento (sin efectos retroactivos), mediante escrito a ASAFE en su domicilio o al email info@asafefalciforme.org.

Reclamación ante la AEPD.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TUTOR/A LEGAL (obligatorio):

☐ _ Como padre/madre/tutor/a legal del menor, AUTORIZO EXPRESAMENTE el tratamiento de los datos de salud contenidos en este informe para la finalidad indicada y el acceso por el equipo médico del campamento.

Nombre y apellidos tutor/a: _____

DNI/NIE: _____ Firma: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN EXPRESA (marcar la casilla): ☐