



HOSPITALIDAD NTRA. SRA. DE LOURDES DE LA RIOJA  
Diócesis de Calahorra y La Calzada-Logroño  
c/ Obispo Fidel García nº 1. (Of. diocesanas)  
26004. Logroño. Tel.: 941 262 886. M.: 616 796 512  
E-mail: secretaria@hospitalidadlourdesrioja.org

## SOLICITUD DE ADMISIÓN DE ENFERMOS y DISCAPACITADOS

Sr. Presidente de la Hospitalidad:

D./D.ª.....

Deseo tomar parte en la peregrinación a Lourdes, organizada por la Hospitalidad los días 25, 26, 27 y 28 de junio de 2026 y solicito ser admitido en ella eximiendo de toda responsabilidad a la Hospitalidad de Lourdes.

Doy mi permiso para que los datos recogidos sean incluidos en un archivo de la Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes al objeto de organizar de la manera más conveniente el traslado de personas enfermas al Santuario de Lourdes. Igualmente, y de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, doy mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados a través de su petición. Estos serán incorporados a un fichero propiedad de la Hospitalidad de Nuestra Señora de Lourdes de La Rioja.

En caso de discapacidad del enfermo:

D/Dª.....

En calidad de... (\*)

y como responsable de D/Dª.....

Solicito la inscripción del enfermo arriba indicado, eximiendo de toda responsabilidad a la Hospitalidad de Nuestra Señora de Lourdes de La Rioja.

Núm. tfo. fijo..... Núm. tfno. móvil.....

En.....a.....de.....de.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL ENFERMO

(\*) Indicar si se es marido, mujer, hijo/a, curador o director del centro.



HOSPITALIDAD NTRA. SRA. DE LOURDES DE LA RIOJA  
Diócesis de Calahorra y La Calzada-Logroño  
c/ Obispo Fidel García nº 1. (Of. diocesanas)  
26004. Logroño. Tel.: 941 262 886. M.: 616 796 512  
E-mail: secretaria@hospitalidadlourdesrioja.org

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Finalidad:** Gestión de la asistencia a la Peregrinación diocesana a Lourdes del interesado.

**Legitimación:** Consentimiento del interesado o su tutor legal.

**Destinatarios:** Se cederán datos a los terceros necesarios para la correcta gestión de la peregrinación y salud de los interesados.

**Derecho:** Acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos detallados en la información adicional.

**Información adicional:** Puede solicitarla en el núm. tfno. móvil: +34 616 796 512.

(datos al dorso)

Apellidos:

Nombre:

Fecha nacimiento:

Domicilio:

Código postal:

Población:

Teléfono:

Email:

Estado Civil:

D.N.I.:

Núm. Seguridad Social:

Enfermedad actual:

Indicar si se vale por sí mismo o requiere de terceras personas:

Asistió a otras peregrinaciones:

Desea ir algún familiar a la peregrinación:

En caso afirmativo indicar nombre del familiar:

Observación:

Admisión definitiva: SI / NO

# HISTORIAL MÉDICO CONFIDENCIAL

## 1.- DATOS PERSONALES DE FILIACIÓN

Apellidos  Nombre

Fecha de Nacimiento  Localidad  Provincia:

### Cómo cubrir la ficha:

Imprimirla y cubrirla manualmente.

Desde el ordenador

“Descargarla y Guardarla Como”: Apellidos y nombre.

### Quien Puede Cubrir La Ficha:

El propio enfermo o su familiar.

El responsable o cuidador habitual.

El personal sanitario del centro.

El médico de familia, si se considera necesario.

Lleva acompañante: Sí  No

En caso afirmativo: 1.- Nombre y apellidos del acompañante

Fotocopia del DNI del Anverso en Color

## 2.- DATOS MÉDICOS DE INTERÉS

### ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias: Sí  No  ¿cuál?:

Arritmias: Sí  No  ¿cuál?:

Padece o ha padecido alguna enfermedad: Sí  No  En caso afirmativo ¿cuál o cuales?

Asma bronquial:  Bronquitis crónica:  Diabetes:  Hipertensión:  Derrame cerebral<sup>1</sup>:

Infarto / Angina:  Fallo del corazón:  Epilepsia:  Demencia leve:  Crohn/colitis:

Enfermedad hígado:  Úlcera estómago:  Fallo renal:  Ingreso hospital:  Cáncer:

Otros antecedentes de interés

1: incluye Trombosis Cerebral y Hemorragia Cerebral

### DIAGNÓSTICOS

1.- ENFERMEDAD PRINCIPAL:

### 2.- OTRAS ENFERMEDADES:

1.-

2.-

### TRATAMIENTOS

MEDICAMENTO, DOSIS Y PAUTA (Omeprazol: 1-0-0)

MEDICAMENTO, DOSIS Y PAUTA (Simvastatina 20: 0-0-1)

1.-  09.-

2.-  10.-

3.-  11.-

4.-  12.-

5.-  13.-

6.-  14.-

7.-  15.-

8.-  16.-

### 3.- DATOS DEL CENTRO ACOGIDA NOTRE DAME (ACCUEIL / HOSPITAL)

#### DIETAS

Normal <sup>1</sup>  Diabético <sup>1</sup>  Triturada <sup>1</sup>  Otra

Intolerancia a alimentos: Sí  No  En caso afirmativo ¿cuál o cuáles?

<sup>1</sup> Las dietas son prácticamente Sin Sal y de 1500 calorías

#### MOVILIDAD DURANTE EL VIAJE A LOURDES (AUTOBÚS Y TRASLADO AL RESTAURANTE) (Marcar una):

Independiente  Silla de ruedas anclada  Tumbado / Camilla  Movilidad reducida, precisa silla para desplazarse

Movilidad reducida, una persona para desplazarse  Movilidad reducida, precisa ayuda técnica desplazarse (muletas, andador)

#### ESTANCIA EN ACCUEIL NOTRE DAME DE LOURDES / HOSPITAL (Escala de valoración de Barthel modificada)

Comer: Independiente  Necesita ayuda cortar  Necesita ayuda comer  Dependiente

Caminar: Independiente  Necesita ayuda persona  Necesita muleta/andador  Necesita silla

Lavarse: Totalmente independiente  Necesita ayuda para lavarse  Dependiente

Vestirse: Totalmente independiente  Necesita ayuda para vestirse  Dependiente

Usar el WC: Totalmente independiente  Necesita ayuda, y se limpia solo  Dependiente

Usa Pañales: Sí  No  En caso afirmativo ¿talla?:

Portador Sonda Urinaria: Sí  No  En caso afirmativo ¿número?:

Medicación: En caso afirmativo, deberá llevar su propio pastillero completo y que cubra todos los días que dure la Pregrinación.

Es dependiente: Sí  No

Tiene Escaras: Sí  No  En caso afirmativo especificar: ¿en dónde? y ¿con qué las cura?

#### COMENTARIO DEL MÉDICO DE FAMILIA / HOSPITALIDAD

Firmado por: Médico:  Sanitario del Centro:  Enfermo:  Familiar / Cuidador / Responsable:

Logroño, a  de  del 20

La formalización de esta ficha implica el consentimiento para que la Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes de La Rioja someta los datos recogidos a tratamiento informático e incorporación a los correspondientes ficheros, con la finalidad de organizar su participación y atención médica más conveniente en el traslado de personas enfermas y/o discapacitadas al Santuario de Lourdes. La Hospitalidad se compromete a no ceder a terceros, ni a dar un uso distinto al señalado, los datos personales aportados. Sin perjuicio de los derechos señalados en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sobre protección de datos de carácter personal, su acceso, rectificación y/o supresión en cualquier momento, mediante la correspondiente comunicación escrita a la Hospitalidad [secretaria@hospitalidadlourdesrioja.org](mailto:secretaria@hospitalidadlourdesrioja.org), acompañado de una fotocopia del DNI.