

## VIII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS GUADALAJARA 28 de Abril al 1 de Mayo 2018

### B CERTIFICADO MÉDICO

Es totalmente imprescindible para poder participar en los Juegos, adjuntar este certificado médico actualizado y debidamente cumplimentado con firma y sello del responsable médico de su Unidad de Trasplante.

#### Datos Médicos

TIPO DE TRASPLANTE						
Apellidos:				Nombre:		
Edad:						
Riñón <input type="checkbox"/>	Hígado <input type="checkbox"/>	Corazón <input type="checkbox"/>	Intestino <input type="checkbox"/>	Páncreas <input type="checkbox"/>	Médula <input type="checkbox"/>	Pulmón <input type="checkbox"/>
Unidad de Trasplante:				Fecha de Trasplante		
Altura:				Peso:		
Virus Hepatitis: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>				VEB <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/>		
Visión:				Alergias:		
Nombre Hospital:						
Nombre responsable médico:						
<b>MEDICACIÓN:</b> (Inmunosupresores, Hipotensores, etc. y frecuencia de dosis):						

Los datos personales facilitados en el presente documento NO serán incorporados a ningún fichero de datos de la Asociación Deporte y Trasplante España, y serán destinados exclusivamente a verificar que se cumplen las condiciones médicas para participar en los VIII Juegos Nacionales de Trasplantados. Este documento será destruido una vez se den por finalizados los Juegos mencionados.

No obstante, en caso de imperiosa necesidad, su tratamiento se realizará de acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Asociación Deporte y Trasplante España en el mail [nacionales@deporteytrasplanteespana.com](mailto:nacionales@deporteytrasplanteespana.com)



## **VIII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS GUADALAJARA 28 de Abril al 1 de Mayo 2018**

**Autorizo a:** \_\_\_\_\_  
a participar en los VI JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS, y certifico  
que no existe ninguna causa física ni psíquica específica que le impida participar.

Asimismo certifico que los datos médicos están actualizados sobre el último  
control del paciente, realizado con fecha \_\_\_\_\_ en su unidad de trasplante.

**Nombre del Médico**

**Fecha:**

**Firma de Médico**

**Sello del Hospital**

