



# SOCIOS INSCRIPCION

Fecha: 02/01/2019  
Página 1 de 3

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:

Nº de socio:

## ANEXO 1. FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS DE NÚMERO DATOS PERSONALES

**Por favor, rellenar en mayúsculas**

### DATOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RARA O SIN DIAGNOSTICAR

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS PROGENITORES (imprescindible si el paciente es menor de edad)

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

NOMBRE \* \_\_\_\_\_ APELLIDOS \* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \* \_\_\_\_\_ DNI \* \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO \* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \* \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \* \_\_\_\_\_

PROVINCIA \* \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MOVIL \* \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \* \_\_\_\_\_

**Los datos con asterisco son obligatorios.**

Fecha y firma de los adultos:

....., a de de

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_



## SOCIOS INSCRIPCION

Fecha: 02/01/2019  
Página 2 de 3

### DATOS MÉDICOS

#### DATOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RARA O SIN DIAGNOSTICAR

Edad del primer diagnóstico:

---

Diagnóstico actual:

---

---

Síntomas:

---

---

Hospital/es a los que acude a revisiones:

---

---

---

Especialista/s que le tratan:

---

---

---

Tratamientos médicos que tiene actualmente

---

---

---

....., a de de

Fecha y firma de los adultos:

Firmado: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_



## SOCIOS INSCRIPCION

Fecha: 02/01/2019

Página 3 de 3

Terapias a las que acude (indicar si de manera privada o pública):

---

---

---

---

Comentarios:

---

---

---

---

¿Ha pedido valoración para discapacidad?:

Si \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_  
%

No \_\_\_\_\_ Me gustaría pedirla: \_\_\_\_\_

¿Qué espera de la asociación?:

---

---

---

---

**Fecha y firma de los adultos:**

....., a de de

**Firmado:** \_\_\_\_\_ **Firmado:** \_\_\_\_\_