



Associació de Diabètics de Catalunya

ADC-SERVEIS CENTRALS / CONSELL DIRECTIU  
Pere Vergés, 1 11è pis  
(Hotel d'Entitats de la Pau)  
08020 Barcelona

Tel 93 451 36 76  
Fax 93 454 14 04  
[adc@adc.cat](mailto:adc@adc.cat)  
[www.adc.cat](http://www.adc.cat)

## COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2015 para niños y jóvenes con diabetes IMPRESO DE INSCRIPCIÓN

Núm. de orden	
---------------	--

### MUY IMPORTANTE:

Escribid los datos con letras MAYÚSCULAS o a máquina. Es importante rellenar todas las casillas.

Entregad este impreso, que está formado por cuatro páginas, a cualquier sede de la ADC. Adjuntad también una fotocopia de la tarjeta sanitaria de la seguridad social del participante y del calendario de vacunaciones.

TURNO SOLICITADO			
Número de socio/socia		Delegación	

Nombre del niño/a	Apellidos del niño/a	Fecha nacimiento	Edad
-------------------	----------------------	------------------	------

Nombre y apellidos del padre (o tutor)	NIF padre (con la letra)	Actividad profesional
Nombre y apellidos de la madre (o tutora)	NIF madre (con la letra)	Actividad profesional

Nombre del centro de acogida (si procede)	NIF responsable centre de acogida	Nombre i apellidos del responsable del centre de acogida
---	-----------------------------------	--

Dirección		Código postal	Población	
Teléfono familiar	Otros teléfonos	1r teléfono urgencias	2r teléfono urgencias	3r teléfono urgencias

E-mail
--------

Escuela	Población	Curso Escolar
---------	-----------	---------------

Número de hermanos (incluido el participante e indicando edades y sexo: M/F)	Núm. de la seguridad Social	Titular de la Cartilla de seguridad Social
--	-----------------------------	--

Médico - endocrinólogo que lo lleva (Nombre y apellidos)	Centro médico	Teléfono del médico
--	---------------	---------------------

**COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2015- para niños y jóvenes con diabetes  
IMPRESO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del niño o niña	Apellidos del niño o niña
------------------------	---------------------------

**INFORME MÉDICO**

A cumplimentar por el médico especialista. En la parte inferior debe constar el nombre y el número de colegiado, la firma y el sello. Sin estos requisitos NO se admitirá la inscripción.

**Escribid los datos con letras MAYÚSCULAS o a máquina.**

**Es importante rellenar la pauta y dosis que lleve justo antes de las colonias.**

**Deben rellenarse todos los datos.**

**TRATAMIENTO INSULÍNICO . Si lleva perfusor de insulina, indicar el modelo del perfusor y adjuntar hoja con la programación del perfusor.**

	DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA	POSTCENA
LENTA_____						
RÁPIDA_____						
OTRO TIPO_____						
RACIONES DE CARBOHIDRATOS						
SUPLEMENTOS DE INSULINA RÁPIDA						

OBSERVACIONES. \_\_\_\_\_

Tiene alguna otra patología o complicación médica? o SÍ o NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tiene algún problema psicológico (hiperactividad, anorexia, problemas conductuales o de relación)?  
SÍ o NO Cúal? \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento? o SÍ o NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Especificad dosis y horario \_\_\_\_\_

Tiene alergia a algún alimento, medicamento o producto? o SÍ o NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Le han puesto la vacuna contra el tétanos ?**      o SÍ      o NO

**Le han puesto contra la hepatitis B ?**      o SÍ      o NO

**RÉGIMEN DIETÉTICO:    Número Kilocalorías** \_\_\_\_\_

a) Otras restricciones dietéticas (intolerancias,.....) \_\_\_\_\_

b) OBSERVACIONES. \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del Colegiado	Número de Colegiado	Fecha del informe
----------------------------------	---------------------	-------------------

Sello y firma:

**COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2015- para niños y jóvenes con diabetes  
IMPRESO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del niño o niña	Apellidos del niño o niña
------------------------	---------------------------

**OTROS DATOS - ESTA HOJA DEBEN RELLENARLA TODOS LOS PARTICIPANTES**

Niño o niña con diabetes?  SÍ  NO Fecha del inicio de la diabetes \_\_\_\_\_

Si tiene familiares diabéticos, especifíquelo \_\_\_\_\_

Descompensaciones recientes (últimos 2 años)

Mes/ año	motivo	fue ingresado	
_____	_____	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
_____	_____	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

Tiene alguna complicación tardía de la diabetes ? \_\_\_\_\_

**LAS PREGUNTAS SIGÜENTES LAS DEBEN RESPONDER TODOS LOS PARTICIPANTES**

**Sufre Enuresis ? (se hace pipí en la cama)**  SÍ  NO

Se marea cuando va en coche/autobús?  SÍ  NO

**EJERCICIO FÍSICO**

Sabe nadar?  SÍ  NO Hace ejercicio físico regularmente ?  SÍ  NO

Con qué frecuencia ? \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo le dedica cada vez ? \_\_\_\_\_

Qué tipo de ejercicio o deporte practica ? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

Ha recibido educación individual ?  SÍ  NO

Ha asistido a cursos sobre diabetes y /o sesiones de formación continuada ?  SÍ  NO

Ha asistido a colonias para niños y adolescentes con diabetes anteriormente?  SÍ  NO

Organizadas por ?  ADC  Otras entidades: \_\_\_\_\_

Los años ?  antes del 2011  S.Santa-11  verano-11  S.Santa-12  verano-12

S.Santa-13  verano-13  S.Santa-14  verano-14  S.Santa-15

**RECUERDE QUE: SI EL NIÑO TOMA MEDICACIÓN PARA OTRAS ENFERMEDADES QUE NO SEAN LA DIABETES, HAY QUE FIGURAR EN EL INFORME MÉDICO Y DEBE LLEVAR. SI DURANTE ESTE TURNO HA DE IR A COMPRAR SE PASARÁ EL CARGO CORRESPONDIENTE A LOS PADRES.**

**LOS NIÑOS DEBERÁN LLEVAR LA INSULINA PARA TODOS LOS DÍAS DE LA ACTIVIDAD, LA ASOCIACIÓN FACILITARÁ EL RESTO DE MATERIALES CONSUMIBLES: TIRAS DE AUTOCONTROL, LANCETAS, AGUJAS PARA LAS PLUMAS DE INSULINA, JERINGAS, ETC.**

**COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2015- para niños y jóvenes con diabetes  
IMPRESO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del niño o niña	Apellidos del niño o niña
------------------------	---------------------------

**AUTORIZACIÓN DEL PARE / MARE / TUTOR/A:**

Don/Dña (\*\*\*) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ , como padre / madre o tutor / tutora legal, Don/Dña (\*\*\*) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre / madre o tutor / tutora legal

Doy/ Damos la autorización para que nuestro/a Hijo/a \_\_\_\_\_ asista a las colonias que organiza Associació de Diabètics de Catalunya en el verano del 2015.

La Asociación contratará una póliza colectiva de seguro de accidentes y el que autoriza la asistencia a Colonias, renunciará a cualquier acción que responsabilice a la Asociación o a los organizadores, de cualquier enfermedad o accidente que pudiese suceder en el transcurso de las colonias.

También hago extensiva la autorización a las decisiones medico - quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.

Autorizo a que las imágenes captadas durante el transcurso de la actividad puedan ser utilizadas por la Asociación para la difusión de las actividades de la ADC.

**AUTORIZACIÓN DE LOS DERECHOS DE IMAGEN:**

*Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut en l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'Associació de Diabètics de Catalunya demana poder publicar fotografies i vídeos on apareguin els seus fills i filles i on siguin clarament identificables.*

**SI Autorizo:**

Que la imagen de mi hijo/a pueda aparecer en fotografías y vídeos correspondientes a actividades realizadas durante las Colonias de Verano organizadas por la Associació de Diabètics de Catalunya.

En cualquier caso, se garantiza la protección del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, de acuerdo con la legislación vigente.

Acepto que el presente documento constituya prueba de cesión, y para que así conste firmo la presente en la fecha y lugar indicados.

Firma:

Firma:

Nombre del padre  
o tutor legal: \_\_\_\_\_  
NIF: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre  
o tutora legal: \_\_\_\_\_  
NIF: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\* como mínimo debe firmar la persona que ostenta la patria potestad del niño o niña**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2015- para niños y jóvenes con diabetes**  
**IMPRESO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del niño o niña	Apellidos del niño o niña
------------------------	---------------------------

**IMPORTANTE**

- Para que esta pre-inscripción sea válida debe de hacerse el ingresos de la paga y señal (mínimo 180,00 euros) en la cuenta corriente de **Catalunya Caixa IBAN: ES76 2013-6104-4602-0022-4570, BIC: CESCESBBXXX. Titular: ADC. En el documento bancario del ingreso se debe hacer constar el Nombre y Apellidos y la Fecha de nacimiento del niño.**
- El período de inscripción se cierra el **viernes día 19 de junio**. La paga y señal, solo se devolverá si la no asistencia es por una causa médica justificada o en el caso en que no se realice el grupo solicitado y no se participe en ningún otro grupo.
- El **segundo pago** se debe hacer como muy tarde UNA SEMANA antes del inicio de las colonias o campamentos.
- Como las plazas son limitadas, se cubrirán teniendo en cuenta el orden de la fecha del ingreso bancario. Se dará preferencia a los niños y niñas con diabetes que no hayan participado nunca.
- En caso de sufrir una dolencia aguda en el momento de asistir a las colonias, que no conste en esta ficha, se ruega **informar por escrito** al médico responsable del grupo.
- **Es obligatorio asistir a la reunión informativa que se celebrará el día 27 de junio por la mañana en la Agència de Salut Pública, calle Roc Boronat, 81-95 (Edifici Salvany) de Barcelona. La reunión para los participantes en los grupos de campamentos será a las 10h. y la de los participantes en el grupo de colonias a las 11h.** En esta reunión se entregarán los horarios de salida y llegada y el listado de material a llevar por cada niño.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA** Las hojas de pre-inscripción deberán entregarse en cualquier delegación de la Associació de Diabètics de Catalunya.

**PARA LA ATENCIÓN DE LAS CONSULTAS RELACIONADAS CON LAS COLONIAS PODÉIS LLAMAR AL TELÉFONO 93 451 36 76 de 16 a 19 horas, de lunes a jueves.**

**ADJUNTAR UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA Y DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL NIÑO/A A ESTE IMPRESO**