

## Alta del niño/niña

Datos personales y de contacto			
Nombre y apellidos del niño/niña			
Fecha de Nacimiento		DNI	
Nombre y apellidos del Padre		DNI	
Teléfono Padre		E-mail del padre	
Nombre y apellidos de la Madre		DNI	
Teléfono Madre		E-mail de la madre	
Tiene Hermanos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Lugar que ocupa entre los hermanos	
Dirección:			Código Postal:
Población			Provincia:
E-mail Comunicaciones			Telf. comunicaciones

Otros Datos de interés			
Centro de estimulación precoz que acude:			
Centro de fisioterapia que acude:			
Colegio que acude:		Ordinario <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>
Otro tipo de centro que acuda:			
Hospital de referencia			Provincia
Neurólogo/a que atiende al niño/a:			
Centro del diagnóstico:			
Diagnóstico:			
Deleción: <input type="checkbox"/>	Microdeleción: <input type="checkbox"/>	Disomía: <input type="checkbox"/>	Impronta: <input type="checkbox"/>
Mutación: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		
Ha presentado crisis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ha presentado Ausencias: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Tipo de medicación que toma y para que	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>		
Camina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hiperactividad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Cómo se comunica			
Otros datos de interes			

Fecha: ..... a.....de..... 20.....

Firmado:

\* Una vez rellenada la ficha enviar a ASOCIACIÓN SÍNDROME DE ANGELMAN. Paseo de las Delicias, nº 30, 2ª planta, CP: 28045 - Madrid\* O a [info@angelman-asa.org](mailto:info@angelman-asa.org)

### Cláusula de Información para Asociados

**INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: RESPONSABLE:** ASOCIACION SINDROME ANGELMAN, G61295051, PASEO DE LAS DELICIAS, Nº 30, 2ª PLANTA, CP: 28045 – MADRID.

**FINALIDAD:** Gestión del alta como usuario y tratamiento de datos de salud para la tramitación de casos atendidos, cumplir con las funciones y fines descritos en los Estatutos y, remitirle comunicaciones informativas y comerciales relacionadas con la asociación, inclusive por medios electrónicos.

**LEGITIMACIÓN:** Ejecución del acuerdo de afiliación, consentimiento del interesado al tratamiento de datos de salud e interés legítimo en remitirle informaciones comerciales de interés para nuestro ámbito.

**CESIONES:** Organismos públicos y/o privados necesarios para nuestros fines y para la concesión y control de ayudas o subvenciones y, otras legalmente previstas.

**CONSERVACIÓN:** Durante alta en la entidad o la tramitación del caso por parte de la entidad y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos por ley para atender eventuales responsabilidades. **DERECHOS:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición dirigiéndose a los datos del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

NO DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL

AUTORIZO EL ENVIO DE MENSAJES DE LA ASOCIACION POR DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACION

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD.

AUTORIZO LA CESIÓN DE MIS DATOS A ORGANISMOS PÚBLICOS Y/O PRIVADOS ENCARGADOS DE LA CONCESIÓN DE AYUDAS O SUBVENCIONES Y ÚNICAMENTE PARA LLEVAR UN CONTROL DE LAS MISMAS.

Fecha: ..... a.....de..... 20.....

Firmado: