

## FICHA SOCIO/A UPRC

### Número Socio/a:

Apellidos, Nombre:

Dirección:

Población:

CP:

Fecha de nacimiento:

DNII/NIE/Pasaporte:

Email:

Teléfono:

\* *Aquellos datos que nos proporciones serán tratados de forma confidencial. Siéntete libre de responder aquello que desees.*

### ¿Qué vía de administración utilizas?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tintura o extracto (aceite)    | <input type="checkbox"/> Supositorios           |
| <input type="checkbox"/> Fumado/ cigarrillo electrónico | <input type="checkbox"/> Cremas                 |
| <input type="checkbox"/> Vaporizado                     | <input type="checkbox"/> Cápsulas               |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                   | <input type="checkbox"/> No consumo actualmente |

### ¿Recibe tratamiento médico en relación a una patología o síntoma?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple    | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos                  |
| <input type="checkbox"/> Espasticidad           | <input type="checkbox"/> Anorexia/caquexia                  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette               |
| <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Dolor crónico                      |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia           | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          |
| <input type="checkbox"/> Fatiga crónica         | <input type="checkbox"/> Demencia tipo Alzheimer            |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Psoriasis                          |
| <input type="checkbox"/> TDAH                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Colon irritable                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Tinnitus                           |
| <input type="checkbox"/> Síntomas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Endometriosis                      |
| <input type="checkbox"/> Vértigos               | <input type="checkbox"/> Cefalea                            |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____           | <input type="checkbox"/> Migrañas                           |

Nos gustaría conocerte un poco mejor. Explicanos brevemente tu historia en relación al uso del cannabis.

### ¿Cómo nos has conocido?:

- A través de un socio/a de la UPRC.(Nombre y apellidos del socio:\_\_\_\_\_)
- A través de un familiar:(\_\_\_\_\_)
- A través de un amigo/a:(\_\_\_\_\_)
- Soy socio/a de una asociación cannábica. (¿Cuál?\_\_\_\_\_)
- Pertenezco a una federación o asociación (¿Cuál?\_\_\_\_\_)
- A través de charlas, foros, coloquios..:(\_\_\_\_\_)
- A través de las redes sociales: (¿Cuál?\_\_\_\_\_)
- A través de un médico.(Nombre del profesional:\_\_\_\_\_)

Podrán pertenecer a la Asociación:

- a) Aquellas personas mayores de edad (pacientes, familiares, amigos, profesionales,...) que tengan interés en el desarrollo de los fines de la Asociación y/o defiendan la regulación del cannabis con uso terapéutico.
- b) Aquellas personas mayores de edad, que se encuentren en pleno uso de sus derechos civiles, y padezcan una de las **enfermedades tipificadas en la lista ICAM (Asociación Internacional por el Cannabis como Medicamento)** que deseen hacer uso de cannabis terapéutico para mejorar su calidad de vida.

## CONSENTIMIENTO PARA LA RECOGIDA Y TRATO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos UE-2016/679, según los artículos, 5, 6 y 7, y por la LOPD 3/2018 de 5 de diciembre de garantía de los derechos digitales, se le informa que el Responsable del Tratamiento de sus datos es: **UNIÓN DE PACIENTES POR LA REGULACIÓN DEL CANNABIS**, con N.I.F. número **G67194191**, en adelante **UPRC**, serán tratados con la finalidad de prestarles servicios de información y/o orientación, acompañamiento, asesoramiento médico y legal así como el de la existencia y uso de terapias complementarias.

**UPRC** trata la información y los datos personales que nos facilitan los pacientes, de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado, con fines determinados, explícitos y legítimos y no serán tratados ulteriormente de manera incompatible con dichos fines, de acuerdo con el artículo, 89, apartado, 1. Se adoptarán todas las medidas razonables para que se supriman o rectifiquen sin dilación los datos personales que sean inexactos con respecto a los fines para los que se tratan. Serán mantenidos de forma que se permita la identificación de los interesados durante no más tiempo del necesario para los fines del tratamiento de los datos personales, que podrán conservarse durante períodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de archivo en interés público, sin perjuicio de la aplicación de las medidas técnicas y organizativas apropiadas que impone el presente Reglamento, a fin de proteger los derechos y libertades del interesado (limitación del plazo de conservación), serán tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra la pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas. En el caso de que el Responsable del Tratamiento realice decisiones informatizadas o elabore perfiles con los datos personales, deberá informar al interesado con anterioridad. El interesado tiene derecho a presentar reclamaciones a la Autoridad de Control.

El interesado podrá ejercer los derechos de: acceso, oposición, rectificación, supresión, limitación y portabilidad, dirigiéndose a: [info@uniondepacientes.org](mailto:info@uniondepacientes.org), responsable del tratamiento.

La UPRC podrá captar imágenes de los socios para ser publicadas en nuestra web, carteles publicitarios, trípticos así como en los distintos medios de comunicación. **Si usted NO autoriza el tratamiento de sus datos para esta última finalidad por favor marque la siguiente casilla ( ). LA DURACIÓN DE LA CESIÓN DE IMAGEN PERSONAL, SERA DE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA DE ESTE CONSENTIMIENTO.**

He leído y entendido toda la información explicada en este documento, motivo por el cual AUTORIZO a UPRC al tratamiento de mis datos personales.

En \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma

Unión de pacientes por la regulación del Cannabis

Sepúlveda, 65 bajos 2ª | 08015 Barcelona | [info@uniondepacientes.org](mailto:info@uniondepacientes.org)

[www.uniondepacientes.org](http://www.uniondepacientes.org)