

Sistema Sanitario Público de Andalucía

| |
|--------------------------------------------------------|
| CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD |
| Fecha recepción:/...../..... |
| Espacio reservado para firma y sello de la Institución |
| Fdo.: (Nombre y Apellidos) |

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

000964

| | | | |
|-----------------------------|------------------------|------|----------------------------------------------------------------|
| 1 DATOS DEL PACIENTE | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | |
| Nº TARJETA SANITARIA | Nº DOCUMENTO IDENTIDAD | EDAD | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente) | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | Nº DOCUMENTO IDENTIDAD |
| VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Allegado <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otros | |
| CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA | |
| AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE ACTÚE EN MI NOMBRE PARA SOLICITAR Y RECIBIR EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA | Fecha:/...../..... Firma del paciente |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|
| 3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN | | |
| DOMICILIO | | |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | C. POSTAL |
| TELÉFONO/S DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| LOS DATOS CORRESPONDEN AL: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Solicitante | | |

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 DATOS DE CARÁCTER SANITARIO |
| PROCESO ASISTENCIAL PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA |
| NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO |
| CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar tratamiento propuesto <input type="checkbox"/> Ambas |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 LUGAR, FECHA Y FIRMA |
| Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndome durante este periodo a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud. |
| En a de de EL SOLICITANTE |
| Fdo.: |

Sistema Sanitario Público de Andalucía

CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Fecha recepción:/...../.....

Espacio reservado para firma y sello de la Institución

Fdo.:
(Nombre y Apellidos)**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

| | | | |
|-----------------------------|------------------------|------|----------------------------------------------------------------|
| 1 DATOS DEL PACIENTE | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | |
| Nº TARJETA SANITARIA | Nº DOCUMENTO IDENTIDAD | EDAD | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente) | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | Nº DOCUMENTO IDENTIDAD |
| VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Allegado <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otros | |
| CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA | |
| AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE ACTÚE EN MI NOMBRE PARA SOLICITAR Y RECIBIR EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA | Fecha:/...../..... Firma del paciente |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|
| 3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN | | |
| DOMICILIO | | |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | C. POSTAL |
| TELÉFONO/S DE CONTACTO/...../..... | CORREO ELECTRÓNICO | |
| LOS DATOS CORRESPONDEN AL: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Solicitante | | |

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 DATOS DE CARÁCTER SANITARIO |
| PROCESO ASISTENCIAL PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA |
| NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO |
| CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar tratamiento propuesto <input type="checkbox"/> Ambas |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 LUGAR, FECHA Y FIRMA |
| Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndome durante este periodo a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud. |
| En a de de EL SOLICITANTE |
| Fdo.: |

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES

- Los apartados que rellenará exclusivamente el paciente o, en su caso, el solicitante serán relativos a "datos del paciente", "datos del solicitante", "datos a efectos de notificación", "datos de carácter sanitario" y el reservado a su firma. Se aconseja la utilización de letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.
- Los apartados, cuyo borde es de color gris, serán cumplimentados por la Administración.
- La solicitud deberá dirigirse :
Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud
Unidad Central de Tramitación de Segunda Opinión Médica
Hospital Neurotraumatológico, carretera Bailén-Motril s/n, 23071 Jaén

DATOS IMPRESCINDIBLES

La no aportación de alguno de los datos que, a continuación, se especifican conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud de segunda opinión, en tanto no sea subsanada (plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados) por el solicitante.

1. Datos del paciente

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Número de la tarjeta sanitaria.
- Documento de Identidad (número de DNI/pasaporte/carné de conducir), a partir de los 14 años cumplidos.

2. Datos del solicitante (este apartado es obligatorio cumplimentarlo cuando, quien hace la solicitud, no sea el propio paciente)

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento de Identidad (número de DNI/pasaporte/carné de conducir).
- En función del tipo de vinculación que mantenga con el paciente, marcará la casilla que corresponda (familiar, pareja de hecho, allegado o representante legal).
- Cuando se autorice expresamente a una persona, el paciente firmará en el recuadro correspondiente.

3. Datos a efectos de notificación (para cualquier comunicación y envío del informe de segunda opinión médica):

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Teléfono o teléfonos de contacto.
- En función de que el domicilio sea del paciente o bien del solicitante, se marcará la casilla que corresponda.

4. Datos de carácter sanitario

Los siguientes datos serán imprescindibles en el caso de no aportar copia del último informe clínico donde conste el diagnóstico o propuesta terapéutica para la que se pide la segunda opinión.

- Proceso asistencial para el que solicita segunda opinión médica (se especificará la enfermedad que padece o, en su caso, la propuesta terapéutica del médico especialista).
- Nombre del hospital donde le han efectuado el diagnóstico o le han propuesto el tratamiento.
- Causa por la que realiza la solicitud.

FIRMA DE LA SOLICITUD

- El paciente o solicitante estampará su firma en el apartado "firma de la solicitud".

DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA

- Si se presenta el documento original junto con la fotocopia no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original (como cuando la solicitud se envía por correo). El paciente solicitante puede ejercer su derecho directamente siempre que tenga los 16 años cumplidos.

1. Cuando el solicitante es el paciente:

- El solicitante es el paciente: Fotocopia del documento de identidad. Cuando el paciente sea un menor emancipado, fotocopia del documento judicial de emancipación y del de identidad.

2. Cuando exista autorización expresa del paciente:

- El solicitante es una persona expresamente autorizada por el paciente: Además de estar firmado por el paciente el apartado "autorización expresa del paciente" de este formulario, se adjuntará fotocopias del documento de identidad del paciente y del solicitante.

3. Cuando no exista autorización expresa del paciente:

- El solicitante es un familiar: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación familiar con el paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es pareja de hecho del paciente: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación como pareja de hecho con el paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es allegado al paciente: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; original de la declaración jurada que acredite su vinculación como allegado al paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es representante legal del paciente: Fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación legal con el paciente (padre, madre, tutor); fotocopia del documento de identidad del paciente (si lo tuviera) y del solicitante.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Andaluz de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad gestionar la segunda opinión médica. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General del Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.